



Facteurs prédictifs d'empathie chez les internes en médecine générale

Marie-Liesse Marot

► To cite this version:

Marie-Liesse Marot. Facteurs prédictifs d'empathie chez les internes en médecine générale. Médecine humaine et pathologie. 2015. dumas-01230643

HAL Id: dumas-01230643

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01230643>

Submitted on 18 Nov 2015

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

AVERTISSEMENT

Cette thèse d'exercice est le fruit d'un travail approuvé par le jury de soutenance et réalisé dans le but d'obtenir le diplôme d'Etat de docteur en médecine. Ce document est mis à disposition de l'ensemble de la communauté universitaire élargie.

Il est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur. Ceci implique une obligation de citation et de référencement lors de l'utilisation de ce document.

D'autre part, toute contrefaçon, plagiat, reproduction illicite encourt toute poursuite pénale.

UNIVERSITÉ PARIS DESCARTES
Faculté de Médecine PARIS DESCARTES

Année 2015

N° 76

THÈSE
POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT
DE
DOCTEUR EN MÉDECINE

Facteurs prédictifs d'empathie chez les internes
en médecine générale

Présentée et soutenue publiquement
le 29 juin 2015

Par

Marie-Liesse MAROT

Née le 1^{er} septembre 1984 à Dijon (21)

Dirigée par Mme Le Docteur Céline Buffel du Vaure

Jury :

M. Le Professeur Philippe Jaury Président

M. Le Professeur Eric Galam

M. Le Docteur Cédric Lemogne



Except where otherwise noted, this work is licensed under
<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/3.0/>

Serment d'Hippocrate

En présence des maîtres de cette école, de mes chers condisciples, je promets et je jure au nom de l'Être suprême d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail.

Admise à l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe. Ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser les crimes.

Respectueuse et reconnaissante envers mes maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis restée fidèle à mes promesses. Que je sois couverte d'opprobre et méprisée de mes confrères si j'y manque.

Remerciements

À Monsieur le Professeur Philippe Jaury,

Vous me faites l'honneur de présider mon jury.

Recevez ici le témoignage de mon profond respect.

À Monsieur le Professeur Éric Galam,

Merci pour votre présence au sein de mon jury.

Je vous prie d'accepter mes plus sincères remerciements.

À Monsieur le Docteur Cédric Lemogne,

Vous avez accepté de siéger à mon jury.

Je vous prie de trouver ici l'expression de ma gratitude sincère.

À Madame le Docteur Céline Buffel du Vaure,

Merci de m'avoir accompagnée tout au long de ce travail, pour tes précieux conseils et ta disponibilité.

Merci à vous tous pour votre implication dans l'enseignement auprès des internes et votre profond désir de nous aider et de nous faire progresser.

À toute l'équipe d'Intern-life,

Merci d'avoir mis en place ce grand et beau projet.

Merci tout particulièrement à Franck Zenasni pour son aide en statistiques.

Et merci à tous les internes de médecine générale qui ont pris le temps de répondre aux questionnaires et qui ont permis à cette étude d'exister.

À mes collègues,

Merci à l'équipe de Corentin Celton ! Vous m'avez transmis le goût de la prise en charge des personnes âgées.

À mes amis,

Merci à tous pour vos attentions, vos encouragements tout au long de ces dernières années. Aux Nazairiens, aux Angevins, aux Parisiens et aux Bretons !

Merci tout particulièrement à Mathilde, Marine, Micha et Constance, fidèles supportrices et aussi à So et Flo ; merci pour vos précieuses amitiés. Je n'oublie pas les EJF et les fidèles mamans de l'école de la Croix !

À ma famille,

À mes parents, merci pour votre soutien inconditionnel encore et toujours... Jamais je n'aurais pu aller jusqu'au bout de cette thèse sans votre aide.

À ma chère sœur, merci pour tes coups de pouce et à mon beau-frère (en communion de thèse...), merci.

À mes grands-parents, merci pour vos si beaux exemples de vie et vos encouragements.

À ma belle-famille, merci pour votre accueil et votre soutien chaleureux.

Et surtout à mon cher mari, merci pour ta présence aimante, ton soutien, tes encouragements durant toutes ces années et ce n'est pas fini...

Enfin, à mes trois adorables filles, débordantes de vie, merci pour votre tendresse, vos câlins et votre joie de vivre.

*« Savoir écouter, c'est posséder, outre le sien, le cerveau
des autres. »*

Léonard de Vinci

Table des matières

Serment d'Hippocrate.....	2
Remerciements.....	3
Table des matières.....	6
Table des illustrations	10
Liste des abréviations	11
Introduction	12
1. Contexte	13
1.1. L'empathie	13
1.1.1. <i>Aux origines de l'empathie</i>	13
1.1.2. <i>Qu'est-ce que l'empathie clinique ?</i>	14
1.1.3. <i>Empathie versus sympathie</i>	16
1.2. Importance de l'empathie en médecine	18
1.3. Comment évaluer l'empathie ?	22
1.3.1. <i>Quelle échelle choisir ?</i>	22
1.3.2. <i>Auto-évaluation</i>	23
1.3.2.1. <i>Jefferson Scale of Physician Empathy (JSPE)</i>	23
1.3.2.2. <i>Interpersonal Reactivity Index (IRI)</i>	24
1.3.3. <i>Hétéro-évaluation</i>	25
1.3.3.1. <i>Consultation And Relational Empathy (CARE)</i>	25
1.3.3.2. <i>Jefferson Scale of patients perceptions of physician empathy (JSPPPE)</i>	25
1.4. Facteurs influençant l'empathie chez les médecins	26
1.4.1. <i>Facteurs personnels</i>	26
1.4.1.1. <i>Facteurs sociodémographiques</i>	26
1.4.1.2. <i>Psychothérapie du médecin</i>	26
1.4.2. <i>Facteurs liés à la pratique professionnelle</i>	27
1.4.2.1. <i>Spécialité</i>	27
1.4.2.2. <i>Temps de consultation</i>	27
1.4.2.3. <i>Cabinet de groupe</i>	27
1.4.3. <i>Formation</i>	28

1.4.3.1.	<i>Formation spécifique à l'empathie</i>	28
1.4.3.2.	<i>Appartenance à un groupe de réflexion</i>	28
1.4.3.3.	<i>Expérience clinique</i>	28
1.4.4.	<i>Épuisement professionnel.....</i>	28
1.4.5.	<i>Synthèse des facteurs corrélés à l'empathie chez les médecins.....</i>	29
1.5.	Professionalisme et compétence	30
1.5.1.	<i>Qu'est-ce que le professionnalisme ?.....</i>	30
1.5.2.	<i>La compétence professionnelle</i>	30
1.5.3.	<i>Les compétences du médecin généraliste</i>	31
1.5.4.	<i>L'Empathie : objectif pédagogique</i>	32
1.6.	Évolution de l'empathie au cours des études médicales.....	33
2.	Problématique	35
3.	Matériels et méthodes	36
3.1.	Projet Intern'life	36
3.2.	Objectif et type d'enquête	36
3.3.	Population sélectionnée	36
3.3.1.	<i>Population</i>	36
3.3.2.	<i>Mode de recrutement.....</i>	37
3.4.	Matériel	37
3.4.1.	<i>La JSPE-Fr.....</i>	37
3.4.2.	<i>Questionnaires de recueil des données sociodémographiques et professionnelles, des loisirs et de la formation antérieure.....</i>	38
3.4.3.	<i>Autres questionnaires.....</i>	39
3.5.	Analyse des données	41
4.	Résultats.....	42
4.1.	Population de l'étude	42
4.1.1.	<i>Diagramme de Flux</i>	42
4.1.2.	<i>Caractéristiques de la population : analyse descriptive</i>	42
4.1.2.1.	<i>Données sociodémographiques.....</i>	42
4.1.2.2.	<i>Données professionnelles</i>	43
4.1.2.3.	<i>Loisirs</i>	44
4.1.2.4.	<i>Formation</i>	44
4.1.2.5.	<i>Satisfaction de vie.....</i>	47

4.1.2.6.	<i>Anxiété et dépression</i>	47
4.1.2.7.	<i>Épuisement professionnel</i>	48
4.2.	Distribution de l'empathie	48
4.3.	Analyse bivariée	49
4.4.	Analyse multivariée	51
4.4.1.	<i>Facteurs associés à l'empathie globale</i>	51
4.4.2.	<i>Facteurs associés à la Prise de Perspective</i>	52
4.4.3.	<i>Facteurs associés à la Compréhension Émotionnelle</i>	52
4.4.4.	<i>Facteurs associés à la dimension « Se Mettre à la Place »</i>	53
4.5.	Synthèse des résultats	54
5.	Discussion	55
5.1.	Généralités	55
5.1.1.	<i>Résultats principaux</i>	55
5.1.2.	<i>Représentativité de notre population</i>	55
5.2.	Limites de l'étude	56
5.2.1.	<i>Biais de réponse</i>	56
5.2.2.	<i>Biais de mesure</i>	58
5.3.	Comparaison aux données de la littérature	59
5.3.1.	<i>Un taux d'empathie élevé</i>	59
5.3.2.	<i>Empathie et facteurs sociodémographiques</i>	60
5.3.2.1.	<i>Empathie et sexe</i>	60
5.3.2.2.	<i>Empathie et âge</i>	61
5.3.2.3.	<i>Empathie et statut marital</i>	61
5.3.2.4.	<i>Empathie et profession des parents</i>	61
5.3.3.	<i>Empathie et loisirs</i>	61
5.3.4.	<i>Empathie et état anxieux ou dépressif</i>	62
5.3.5.	<i>Empathie et qualité de vie</i>	62
5.3.6.	<i>Empathie et épuisement professionnel</i>	63
5.3.7.	<i>Empathie et pratique professionnelle</i>	64
5.3.8.	<i>Empathie et formation</i>	65
5.3.8.1.	<i>Empathie et curriculum « informel » et « caché »</i>	65
5.3.8.2.	<i>Empathie et curriculum « formel »</i>	68
	Conclusion	71

Bibliographie	73
Annexes.....	81
Annexe n°1 : Flyer de l'étude Intern'life.	81
Annexe n°2 : Présentation de l'étude Intern'Life.....	82
Annexe n°3 : Questionnaire de l'étude Intern'life au temps T1.....	83
Annexe n°4 : Typologie de Holland : tableau synoptique des intérêts, aptitudes, qualités et choix professionnels selon les différents types.	100
Annexe n°5 : Analyse bivariée	101

Table des illustrations

Figure 1 : Modèle de l'effet d'une communication empathique.....	19
Figure 2 : Facteurs corrélés à l'empathie chez les médecins.....	29
Figure 3 : La marguerite des compétences en médecine générale (CNGE).	31
Figure 4 : Diagramme de flux.	42
Figure 5 : Répartition des internes selon le type de stage.	43
Figure 6 : Répartition des internes formés à la relation médecin-malade suivant le type de cours.	45
Figure 7 : Distribution des scores de formation informelle prédominante par rapport aux cours théoriques.	45
Figure 8 : Distribution des scores de rencontre de médecins « modèles positifs ».....	46
Figure 9 : Distribution des scores de rencontre de médecins « contre-modèles négatifs »...	46
Figure 10 : Distribution des scores de satisfaction de vie.....	47
Figure 11 : Distribution des internes selon le nombre de dimensions du MBI élevées.	48
Figure 12 : Distribution des scores selon les trois dimensions de l'empathie clinique.	49
Figure 13 : Schéma des raisons participant à la baisse de l'empathie durant les études de médecine.....	67
 Tableau 1 : Interprétation du score de chaque dimension du MBI.	 40
Tableau 2 : Caractéristiques sociodémographiques de la population.	43
Tableau 3 : Charge de travail des internes.	44
Tableau 4 : Caractéristiques des loisirs des internes.	44
Tableau 5 : Distribution des scores d'anxiété et de dépression.	47
Tableau 6 : Distribution des scores de burn out.	48
Tableau 7 : Distribution de l'empathie clinique.	49
Tableau 8 : Résumé des corrélations significatives à 10% entre les variables et chaque dimension de l'empathie.	50
Tableau 9 : Modèle multivarié avec l'empathie globale.....	51
Tableau 10 : Modèle multivarié avec la dimension Prise de Perspective.....	52
Tableau 11 : Modèle multivarié avec la dimension Compréhension Emotionnelle.	53
Tableau 12 : Modèle multivarié avec la dimension « Se Mettre à la Place »	54
Tableau 13 : Modèle multivarié : variables associées à l'empathie.....	54

Liste des abréviations

AP : Accomplissement Personnel

CanMEDS : Canadian Medical Education Directives for Specialists

CARE : Consultation And Relational Empathy

DFSAM : Diplôme de Formation Approfondie en Sciences Médicales

DP : Dépersonnalisation

EE : Epuisement Emotionnel

Empathie PP : Dimension Prise de Perspective de l'empathie clinique

Empathie CE : Dimension Compréhension Emotionnelle de l'empathie clinique

Empathie SMP : Dimension « Se Mettre à la Place » de l'empathie clinique

HAD : Hospital Anxiety and Depression Scale

JSPE : Jefferson Scale of Physician Empathy

JSPE-Fr : Version française de la JSPE

IMG : Interne de Médecine Générale

IRI : Interpersonnal Reactivity Index

MBI : Maslach Burn out Inventory

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

SWLS : Satisfaction With Life Scale

WONCA : World Organization of National Colleges, Academies and Academic Associations of General Practitioners/Family Physicians (Organisation mondiale des médecins de famille)

Introduction

« [...] Le médicament [...] le plus fréquemment utilisé en médecine générale [est] le médecin lui-même [...] et] il n'existe aucune pharmacologie de ce médicament essentiel »(1). Balint nous rappelle en ces termes que le médecin est un remède en soi. Ce n'est pas seulement le médicament prescrit qui importe dans l'acte médical, mais la façon dont le médecin prescrit ce médicament.

A l'heure des études randomisées, cet « effet médecin » n'est plus maintenant une donnée empirique et subjective ! En 2006, une revue systématique de la littérature a été publiée sur cet « effet médecin » en soins primaires (2). Encore faut-il être capable de bien doser et pratiquer ce remède ! Car si cette donnée n'est plus seulement empirique, cet effet thérapeutique est en partie attribué à la qualité de la relation médecin-patient.

Cette relation médecin-malade de qualité, les patients la réclament. Une majorité des patients souhaitent en effet une relation de type humain avec leur médecin (3). Mais la difficulté réside dans le fait que, non seulement la relation médecin-malade est une relation personnalisée, mais aussi une relation déterminée par de nombreux facteurs individuels et socio-culturels. Le malade réagit à sa maladie en fonction de sa propre personnalité et de son histoire et le médecin réagit face au malade par un certain nombre d'attitudes conscientes et inconscientes qui dépendent également de sa propre personnalité et de sa propre histoire.

La recherche actuelle porte avec insistance sur cette relation médecin-malade et l'empathie serait une des bases de cette relation. Un certain consensus semble ainsi régner pour dire qu'un « bon » médecin généraliste est un médecin empathique. Nombreux sont les auteurs à s'intéresser à cette qualité : de multiples écrits sont apparus ces dernières années sur ce sujet et beaucoup de moyens de mesure se sont développés pour essayer de l'évaluer au mieux. Mais nous constatons un effet troublant : malgré une recherche croissante sur l'empathie, nous observons une tendance à la diminution ou une stagnation de celle-ci au cours du cursus médical (4, 5).

Se pose alors la question de l'apprentissage de l'empathie. Gérard Jorland affirme d'emblée que « *nous pratiquons donc tous l'empathie comme Monsieur Jourdain la prose* » (6). Mais peut-on acquérir une meilleure empathie ? Nous partons du postulat que l'empathie peut être améliorée. Pour y parvenir, il semble important de savoir quels en sont les facteurs déterminants chez les internes. Tel est l'objectif de ce travail.

Nous définirons tout d'abord l'empathie clinique, ses moyens de mesure, les facteurs qui lui sont liés chez les médecins, son statut de compétence et nous exposerons son évolution dans le cursus médical. Nous détaillerons ensuite l'étude réalisée sur les facteurs déterminants de l'empathie chez les internes de médecine générale en Ile de France.

1. Contexte

1.1. L'empathie

L'empathie est considérée comme un phénomène naturel et social et est abordée dans de nombreuses disciplines telles que la philosophie, l'éthologie, la sociologie, la psychanalyse ou la neurologie. Jean Decety a écrit : « *il existe presque autant de définitions du concept d'empathie que d'auteurs écrivant sur le sujet* » (7), p. 57. Cette phrase résume bien la complexité du terme et le nombre de définitions existantes.

Nous pouvons citer la définition d'Élisabeth Pacherie : l'empathie est « *la capacité que nous avons de nous mettre à la place d'autrui afin de comprendre ce qu'il éprouve* » (8), p. 149. C'est une définition simple et claire pour décrire l'empathie aujourd'hui.

Mais dans un premier temps revenons aux sources du terme empathie.

1.1.1. Aux origines de l'empathie

Le concept d'empathie n'est pas récent. Le terme apparaît au XIX^e siècle, créé par le philosophe allemand Robert Vischer, « *Einfühlung* », qui se traduit par « ressenti de l'intérieur » (« *Ein* » signifie « en » et « *fühlen* » sentir »). Ce terme est employé initialement pour désigner un ressenti face à une œuvre inanimée (9) ; il porte sur une relation d'un sujet avec une œuvre d'art permettant d'accéder à son sens.

Cette théorie esthétique a été notamment développée par Theodore Lipps (1903, 1905) qui a ensuite étendu l'usage du terme « *Einfühlung* » au domaine des relations interpersonnelles.

Le terme « *Einfühlung* » a ensuite été traduit en anglais par « *Empathy* » puis en français par « empathie ».

Le terme « empathie » a été repris par de nombreuses spécialités autres que la philosophie : psychologie, médecine, sociologie...

Nous allons nous concentrer sur l'empathie dans le milieu clinique.

1.1.2. Qu'est-ce que l'empathie clinique ?

Nous ne pouvons parler d'empathie clinique sans citer Carl Rogers. Ce psychologue humaniste américain a développé tout au long de sa vie professionnelle une théorie qu'il appellera, finalement, « Approche centrée sur la personne ». Il résume lui-même cette méthode : *« L'hypothèse centrale de cette approche peut-être brièvement résumée ainsi : l'individu possède en lui-même des ressources considérables pour se comprendre, se percevoir différemment, changer ses attitudes fondamentales et son comportement vis-à-vis de lui-même. Mais seul un climat bien définissable, fait d'attitudes psychologiques facilitatrices, peut lui permettre d'accéder à ses ressources »* (10).

Carl Rogers décrit trois conditions dont la compréhension empathique, nécessaires à l'obtention de ce climat dans toute relation et notamment dans la relation entre un thérapeute et son patient.

Ces trois conditions sont :

- l'authenticité ou la congruence : *« plus le thérapeute est lui-même dans la relation, sans masque professionnel, ni façade personnelle, plus il est probable que le client changera et grandira de manière constructive. »*
- l'acceptation ou « le regard positif inconditionnel » : *« le thérapeute éprouve une attitude positive, non jugeante et d'acceptation face à tout ce que le client est en ce moment... »*
- la compréhension empathique : *« le thérapeute ressent avec justesse les sentiments et les significations de l'expérience que le client est en train de faire. Cela signifie aussi que le thérapeute lui communique cette compréhension. »*

Ainsi, la compréhension empathique est primordiale dans la relation et Carl Rogers définit précisément l'empathie : *« L'empathie ou la compréhension empathique consiste en la perception correcte du cadre de référence d'autrui avec les harmoniques subjectives et les valeurs personnelles qui s'y rattachent. Percevoir de manière empathique, c'est percevoir le monde subjectif d'autrui "comme si" on était cette personne – sans toutefois jamais perdre de vue qu'il s'agit d'une situation analogue, "comme si" »* (11).

Concernant l'empathie en général, différentes théories se sont développées avec l'existence de plusieurs composantes de l'empathie. Certaines prennent en compte la dimension affective, d'autre la dimension cognitive et certaines incluent les deux. Qu'en est-il pour l'empathie clinique ?

M. Hojat définit l'empathie clinique comme une qualité principalement cognitive: *« Empathy is predominantly cognitive (rather than emotional) attribute that involves an understanding (rather than feeling) of experiences, concerns and perspectives of the patient, combined with a capacity to communicate this understanding and an intention to provide help »* (12). Ainsi, cette empathie implique d'une part de comprendre les expériences, les

soucis, les points de vue du patient et d'autre part d'être capable de communiquer au patient cette compréhension.

Jodi Halpern, professeur en bioéthique et sciences humaines à l'Université de Californie, explique que les médecins ont créé une nouvelle définition de l'empathie purement cognitive que l'on peut résumer comme le moyen de comprendre correctement l'état émotionnel de l'autre sans ressentir ses émotions (13). Les médecins le justifient par un détachement nécessaire à une prise en charge sûre et équitable des patients dans leur pratique. Elle discute cette position et insiste sur l'importance de la composante affective de l'empathie : elle décrit la nécessité de cet « *emotional attunement* », c'est-à-dire qu'au lieu de se détacher complètement, les médecins doivent être « en harmonie » avec les émotions des patients. Elle montre que la dimension affective est indispensable pour bien utiliser la dimension cognitive de l'empathie : elle explique qu'on ne peut pas comprendre correctement l'état émotionnel de l'autre sans l'expérimenter soi-même.

Ainsi, l'empathie clinique nécessite les deux composantes de l'empathie.

Certains auteurs, évoqués par K.A. Stepien et A. Baernstein, ajoutent également à l'empathie affective et cognitive, deux autres composantes dans l'empathie clinique : la dimension morale et la dimension comportementale (14). « *The vernacular definition of empathy, understanding or appreciating how someone else feels, has been expanded in the clinical context to include emotive, cognitive, and behavioral dimensions. These aspects are more fully described as follows : (1) emotive, the ability to imagine patients' dimensions and perspectives ; (2) moral, the physician's internal motivation to empathize ; (3) cognitive, the intellectual ability to identify and understand patients' emotions and perspectives ; (4) behavioral, the ability to convey understanding of those emotions and perspectives back to the patient* » (ibid.).

Ils décrivent ainsi les quatre dimensions suivantes :

- la dimension affective : la capacité à imaginer les représentations ressenties par le patient ;
- la dimension morale : la motivation interne du médecin à être empathique ;
- la dimension cognitive : la faculté d'identifier et de comprendre les émotions et les représentations du patient ;
- la dimension comportementale : la capacité à transmettre en retour sa compréhension des émotions et des représentations du patient.

Les auteurs soulignent l'importance de la composante cognitive mais également affective pour une empathie efficace.

Récemment, Zenasni et al. ont expliqué la difficulté de savoir dans quelle mesure la dimension affective est nécessaire afin que se produise l'empathie clinique, et la difficulté de connaître le niveau où cela devient inadéquat dans la relation de soin. Dans tous les cas,

l'empathie clinique implique de faire la distinction entre l'autre et soi afin de ne pas être submergé par la douleur et les émotions du patient (15).

Nous remarquons que la plupart des définitions de l'empathie clinique ont en commun une compréhension des états émotionnels du patient et l'expression de cette compréhension.

La confusion de l'empathie avec la sympathie est fréquemment rencontrée chez ceux qui s'intéressent à l'empathie clinique. Quelle est la différence entre ces deux concepts ?

1.1.3. *Empathie versus sympathie*

« On peut être empathique sans éprouver de sympathie de même qu'on peut avoir de la sympathie sans être empathique » écrit Gérard Jorland (6), p. 21. Pour lui, l'empathie consiste à se mettre à la place de l'autre sans forcément éprouver ses émotions alors que c'est l'inverse pour la sympathie. Dans la sympathie, on éprouve les émotions de l'autre, mais sans se mettre nécessairement à sa place.

Elisabeth Pacherie explique ainsi que la différence essentielle entre les deux phénomènes est dans la fin poursuivie. Elle développe la théorie de Wispé : « *L'objet de l'empathie est la compréhension. L'objet de la sympathie est le bien-être de l'autre.* » (8), p. 150-151.

En effet, Elisabeth Pacherie écrit : « *La sympathie comme son étymologie l'indique suppose que nous prenions part à l'émotion éprouvée par autrui, que nous partageons sa souffrance ou plus généralement son expérience affective. La sympathie met en jeu des fins altruistes et suppose l'établissement d'un lien affectif avec celui qui en est l'objet. L'empathie en revanche est un jeu de l'imagination qui vise à la compréhension d'autrui et non à l'établissement des liens affectifs* » (8), p. 150-151.

Nous pouvons comprendre que dans son métier, le médecin, ne peut partager toutes les souffrances de ses patients car il pourrait vite être submergé par les émotions. Mais le médecin cherche le bien-être du patient.

Le Professeur Silla Consoli définit différents moyens de gérer les émotions lors d'une interaction médecin-malade. Il différencie notamment le style dit « *sym-pathique* » ou l'« *on adhère à l'émotion du patient, en se réjouissant avec lui, ou en souffrant avec lui* » du style dit « *em-pathique* » ou l'« *on s'efforce de comprendre l'émotion du patient, en se mettant à sa place et en légitimant ce qu'il ressent, sans pour autant renoncer à rester un médecin* »

raisonnant avec ses propres critères et apportant au besoin ses propres arguments pour influencer le vécu du patient » (16).

Il décrit également la « *bonne distance* » médecin-malade à adopter : « *se sentir suffisamment proche, mais pas trop, du malade, pour mieux le comprendre et mieux lui faire sentir qu'on le comprend, tout en restant chacun à sa place* » (17).

De la même manière, Balez et al. expliquent : « *la conséquence d'une relation empathique est la distance idéale entre deux individus pour qu'une relation satisfaisante s'opère.* » Ils décrivent une « *distance double* ». En effet « *Cette distance est double pour le médecin, de soi à soi (ses propres états émotionnels et mentaux) et de soi à autrui (ceux du patient)* » (18).

Cette distance n'est jamais définitivement établie ; elle doit être réajustée en permanence en fonction du contexte que la relation médicale suppose.

Nous avons défini l'empathie, notamment dans la relation médecin-malade mais quelle est sa place dans l'exercice de la médecine ?

1.2. Importance de l'empathie en médecine

Le rôle thérapeutique de la relation médecin-malade est connu depuis très longtemps et la littérature regorge d'écrits sur cette relation. Le but n'est pas ici d'en faire une revue exhaustive mais il est intéressant de citer les études insistant sur la dimension empathique. Il est vrai qu'il est souvent difficile d'extraire l'empathie de tout un ensemble qu'Alain Moreau et ses confrères ont appelé « *l'effet médecin* » (2). Qu'est-ce que l'effet médecin ?

« Cet effet médecin en soins primaires repose sur une attitude « émotionnelle » d'attention, d'empathie, de réassurance positive et des capacités à suggérer des changements comportementaux et psychoaffectifs chez le patient par une incitation à poser des questions, à exprimer des émotions, une prise en compte des attentes, des représentations et des croyances » (2).

Cette empathie est un élément clé de cette relation médecin-malade : « *elle [l'empathie] est considérée avec l'écoute comme l'un des éléments clés de la relation thérapeutique* » (2). Les patients eux-mêmes le reconnaissent et considèrent l'empathie comme primordiale pour un médecin généraliste. C'est ce que nous montre une grande étude nationale réalisée par Vedsted et al. au Danemark. Ils ont étudié la pratique des médecins généralistes entre 2002 et 2005 à l'aide d'un questionnaire rempli par les patients explorant cinq domaines : la relation médecin-patient, les soins médicaux, l'information et le soutien, l'organisation des services et l'accessibilité. Leurs résultats montrent que les patients tendent à recommander leur médecin généraliste à leurs amis s'ils le jugent empathique (19).

En 2009, Neumann et al. ont réalisé un schéma de synthèse (20) qui montre comment un médecin ayant une communication empathique peut obtenir des résultats améliorés sur ses patients.

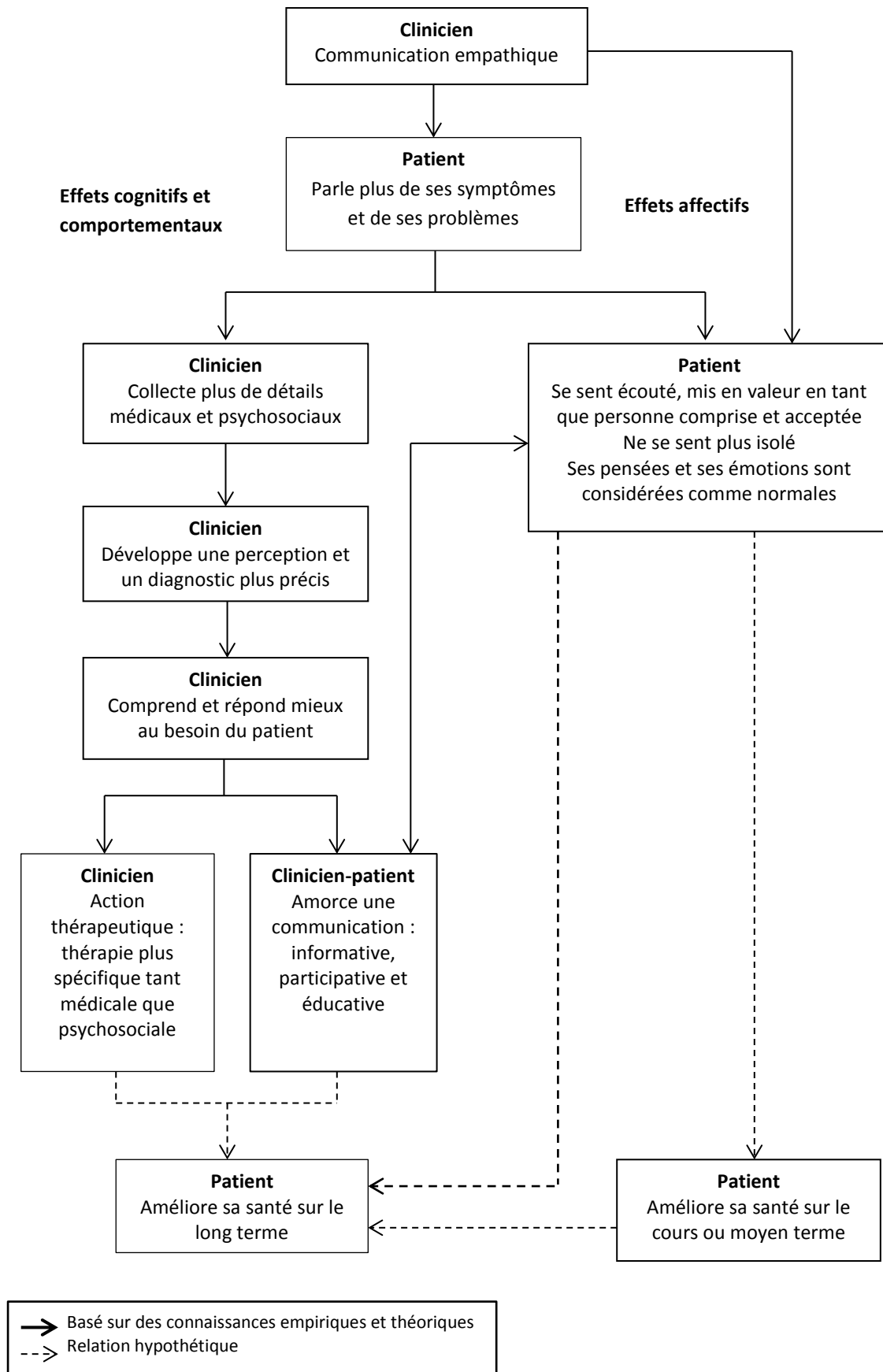


Figure 1 : Modèle de l'effet d'une communication empathique.

En 2013, F. Derksen et al. ont étudié la littérature pour explorer l'efficacité de l'empathie clinique (21). Ils concluent à des bénéfices indiscutables pour le patient. Nous pouvons exposer brièvement les résultats tirés des sept études qui ont retenu leur attention :

- Une amélioration de la satisfaction des patients est mise en évidence par l'étude de M. Hojat et al. En effet, ils trouvent une bonne corrélation entre la satisfaction des patients et l'empathie du médecin perçue par le patient (22).

- Une diminution de l'inquiétude du patient est montrée par Dulmen et al. ; les patients qui perçoivent leur médecin comme empathique ont moins d'inquiétudes (23).

- De meilleurs diagnostics et résultats cliniques sont associés avec un comportement empathique :

W. Levinson et D. Roter confirment que la communication entre les médecins et les patients est associée aux attitudes du médecin. Les patients fourniront plus d'informations sur les questions psychologiques et sociales quand le médecin est empathique (24).

Dans le cas de patients avec des problèmes psychologiques, les patients décrivent que l'attitude empathique de leur généraliste les a aidés à résoudre leurs problèmes et à persévérer dans leurs efforts de changer (25). Notons que les patients souffrant de problèmes psychologiques sont assez nombreux à être suivis par leur généraliste.

Hojat et al. ont trouvé une relation positive entre l'empathie du médecin et les résultats cliniques des patients (26). Les patients présentant un diabète ont des résultats meilleurs concernant leur HbA1c et leur taux de LDL cholestérol avec un médecin plus empathique. Il est suggéré que l'empathie augmente la compréhension mutuelle, la relation de confiance entre le médecin et le patient conduisant à un meilleur diagnostic et à une plus grande adhérence du patient au traitement.

Même pour la simple rhinite, l'empathie du médecin est efficace (27) ! La rhinite dure moins longtemps et est moins grave lorsqu'il existe une relation empathique.

- Il existe un renforcement de l'« *enablement* » du patient. Mercer et al. montrent une relation positive directe entre l'empathie du généraliste et l'« *enablement* » du patient (28).

L'« *enablement* » est une autonomisation ou « auto prise en charge » du patient, par exemple dans la capacité de faire face à la vie et à la maladie, dans la confiance des patients au sujet de leur santé, dans leur capacité de s'aider eux-mêmes. Le patient s'implique dans son projet de soins et est acteur de sa prise en charge.

Les auteurs veulent ainsi prouver l'existence de preuves empiriques concernant les répercussions des aspects humains comme l'empathie dans la relation médecin-patient.

Une limite est évoquée par rapport aux effets des facteurs contextuels, telles que la pression que peut subir le médecin généraliste, la charge de travail, l'accessibilité aux soins ; ceux-ci ont pu être sous-évalués dans cette étude (21).

En parcourant plusieurs articles sur les conséquences de l'empathie, nous remarquons que les principaux résultats des études montrent une influence de l'empathie sur la qualité des soins avec des bénéfices pour le patient, mais également pour le praticien.

Pour conclure, un comportement empathique mène à :

- Une meilleure connaissance de la maladie par le patient (29,30)
- Améliorer la satisfaction des patients (22,30,31)
- Augmenter la compliance (30)
- Une amélioration de leur état de santé (20,25,27,31)
- Favoriser l'apport d'informations par le patient sur ses soucis et ses symptômes (24,32)
- Une amélioration de leur participation et de leur éducation (30,33)
- Une meilleure qualité de vie, une détresse émotionnelle réduite du patient (23,29)
- Une meilleure observance et réponse thérapeutique dans des maladies chroniques comme le diabète (26,34)
- Une plus grande « habilitation » ou autonomie des patients (28,33,35,36)
- Améliorer la satisfaction des médecins (31)
- Protéger le médecin de l'épuisement professionnel (15)

1.3. Comment évaluer l'empathie ?

Nous avons souligné l'importance de l'empathie en médecine et nous pouvons maintenant nous demander comment mesurer ce concept.

Il existe de multiples échelles de mesure d'empathie, ce qui reflète bien la complexité et la difficulté à conceptualiser le processus d'empathie.

Dans tous ces instruments de mesure, il est retrouvé deux méthodes pour mesurer l'empathie :

- l'auto-évaluation : les questionnaires sont remplis directement par la personne évaluée. Dans le cadre d'une relation médecin-malade où l'empathie du médecin est mesurée, c'est le médecin lui-même qui répond aux questions ;
- l'hétéro-évaluation : c'est une personne extérieure qui remplit le questionnaire. Dans le cadre de l'évaluation de l'empathie du médecin, l'évaluation est faite soit par le patient, soit par des pairs, soit par un tiers.

1.3.1. Quelle échelle choisir ?

La plupart des échelles sont utilisées pour mesurer l'empathie dans la population générale comme l'Empathy Scale de Hogan (37) ou l'Interpersonnal Reactivity Index de Davis (38). Certaines concernent une population spécifique, par exemple les adolescents comme la Basic Empathy Scale de Joliffe et al. (39). D'autres échelles ne vont cibler qu'un seul aspect de l'empathie comme par exemple le Questionnaire Mesure of Emotional Empathy de Mehrabian et Epstein (40) qui n'évalue que la dimension émotionnelle.

Concernant le milieu médical, de nombreuses échelles ont été utilisées dans les études. J.M. Hemmerdinger et ses collaborateurs réalisent en 2007 une grande revue de la littérature sur toutes les échelles d'empathie utilisées en médecine (41). Un de leurs objectifs est de valider une échelle pour sélectionner les étudiants à l'entrée de l'école de médecine. Dans cette méta-analyse, ils vérifient donc la fiabilité et la validité des échelles retrouvées dans la littérature. Trente-six instruments de mesure sont recensés avec quatorze échelles auto évaluatives, cinq échelles hétéro évaluatives remplies par les patients et dix-sept échelles remplies par un tiers. Sur l'ensemble des instruments, seuls huit répondent aux critères de fiabilité et de validité exigés :

- six échelles auto-évaluatives : Jefferson Scale of Physician Empathy (Hojat, 2001), Interpersonnal Reactivity Index (Davis, 1980), Balanced Emotional Empathy Scale (Barett-

Lennard, 1996), Empathy Construct Rating Scale (La Monica et al., 1981), Empathy Test (Mehrabian, 1972), Medical Condition Regard Scale (Christison et al., 2002) ;

- une échelle hétéro-évaluative remplie par le patient : Consultation And Relational Empathy (Mercer et al., 2004) ;

- une échelle hétéro-évaluative remplie par un tiers.

Il est intéressant de noter que la majorité des échelles employées dans le milieu médical sont auto-évaluatives.

L'échelle utilisée dans les études dépend énormément de la population étudiée. Nous verrons que nous avons choisi pour notre étude la Jefferson Scale of Physician Empathy de Hojat. En effet cette échelle, très référencée, est particulièrement bien adaptée au milieu médical et explore spécifiquement l'empathie clinique.

Nous allons détailler cette échelle ainsi que certains autres instruments de mesure de l'empathie retrouvés dans les études concernant l'empathie du médecin.

1.3.2. Auto-évaluation

1.3.2.1. Jefferson Scale of Physician Empathy (JSPE)

La JSPE a été développée en 2001 par M. Hojat, spécifiquement pour le milieu médical et le patient (42). Cette échelle s'est fondée sur la définition de l'empathie dans le cadre des soins médicaux comme un attribut principalement cognitif qui implique une compréhension des expériences, des soucis, des points de vue du patient, combinée avec une capacité à communiquer cette compréhension et une capacité à aider. Cette échelle a été validée (43,42,41). Elle est largement diffusée dans le milieu médical, et en 2011 elle est déjà traduite en trente-huit langues (44). Ce questionnaire est composé de vingt items, représentant différentes attitudes ou postures empathiques.

Les différentes caractéristiques psychométriques de la JSPE développent trois dimensions :

- « *Perspective taking* » (dix items) : savoir adopter le point de vue du patient, le comprendre. Il semble que ce soit une compréhension volontaire et réfléchie. Un item typique : « *An important component of the relationship with my patients is my understanding of their emotional status, as well as that of their family.* »

- « *Compassionate care* » (huit items) : l'attention au vécu émotionnel du patient et de ses proches. Un item typique : « *Attentiveness to my patients' personal experiences does not influence treatment outcomes.* »

- « *The ability to stand in the patient's shoes* » (deux items) : la capacité de se mettre à la place du patient, peut-être plus automatique. Un item typique : « *Because people are different, it is difficult for me to see things from my patients' perspectives.* »

Il existe une version adaptée aux étudiants en médecine : la Jefferson Scale of Physician Empathy-Student Version (JSPE-S). Elle est développée pour mesurer l'aptitude supposée de l'étudiant dans une relation empathique avec le patient. Un exemple d'item est : « *Physicians should try to stand in their patient's shoes when providing care to them.* » Cette version est donc utile pour des étudiants en médecine qui ne sont pas encore en contact avec des patients. Dans le cas des internes, il est intéressant d'utiliser la version des médecins car les internes, en France, ont une implication auprès des patients qui est proche de celle du médecin.

1.3.2.2. Interpersonnal Reactivity Index (IRI)

M.H. Davis a développé cette échelle qui privilégie une approche multidimensionnelle de l'empathie (38). Cette échelle évalue à la fois la composante affective et cognitive de l'empathie. L'échelle originale comprend vingt-huit items séparés en quatre sous-échelles :

- « *Empathic concern* » : la compréhension empathique, elle évalue la tendance à vivre des sentiments de sympathie et de compassion pour des personnes vivant dans la souffrance ;

- « *Personal distress* » : la détresse personnelle, elle évalue la tendance à vivre de la détresse et de l'inconfort en réponse à la détresse des autres ;

- « *Perspective-taking* » : la mise en contexte, elle mesure la tendance spontanée à adopter le point de vue des autres ;

- « *Fantasy* » : la capacité d'imagination, elle explore la tendance à se transposer aux émotions et ressentis de personnages, de livres, de films ou de jeux.

La version française n'a gardé que vingt et un items, en retirant les items consacrés au facteur « *Fantasy* ».

Il est à noter que cette échelle, même si elle est utilisée dans les études médicales, a été développée initialement pour la population générale, indépendamment d'un cadre professionnel.

M. Hojat et ses collaborateurs ont étudié en 2005 la corrélation entre la JSPE et l'IRI (45). Les scores totaux avaient une corrélation significative. De fortes corrélations étaient retrouvées entre les sous-échelles « *Empathic concern* » et « *Perspective taking* », dimensions plus appropriées au contexte de soins des patients.

1.3.3. Hétéro-évaluation

1.3.3.1. Consultation And Relational Empathy (CARE)

L'échelle CARE a été développée par le Dr Mercer et ses collègues en 2004 pour créer une mesure de l'empathie par le patient applicable quelle que soit sa classe sociale (46). Elle comprend dix items.

L'échelle CARE est la seule étude, parmi les études hétéro évaluatives par le patient, retenue pour sa validité et sa fiabilité dans la méta-analyse de Holliger et al. (41).

1.3.3.2. Jefferson Scale of patients perceptions of physician empathy (JSPPPE)

C'est une courte échelle de cinq items qui permet au patient d'évaluer l'empathie du médecin. Cette échelle est uni-dimensionnelle et recueille la perception du patient sur « *empathic engagement* », l'engagement empathique du médecin. Cette échelle a également été validée (47).

Certaines études ont cherché à vérifier la corrélation entre cette grille et la JSPE (47–49). Glaser et al. en 2007 retrouvent un score de corrélation significatif (49) ; Berg et al. également en 2011 (48). Pour Kane et al. l'analyse factorielle des résultats montre que les deux échelles ne mesurent pas les mêmes aspects de l'empathie (47).

De nombreux essais pour mesurer l'empathie se poursuivent et leur objectif est de trouver l'évaluation la plus fiable possible afin de l'améliorer.

1.4. Facteurs influençant l'empathie chez les médecins

Après avoir vu comment mesurer l'empathie, nous allons détailler les facteurs en lien avec celle-ci qui ont déjà été évoqués ou recherchés chez les médecins.

1.4.1. *Facteurs personnels*

1.4.1.1. Facteurs sociodémographiques

Sexe

Plusieurs études ont recherché des corrélations entre le sexe et l'empathie et il est souvent retrouvé des scores d'empathie plus élevés chez les femmes que chez les hommes. Cette tendance est présente dans différents pays et pas seulement chez les nord-américains. M. Hojat l'a mise en évidence dans une première étude aux États-Unis (43) puis a montré une différence significative dans la même étude effectuée au Japon (50) et en Italie (51) (la différence n'est pas significative, mais il est retrouvé la même tendance en Italie). Shariat et al. retrouvent une différence significative en Iran (52) ainsi que Zenasni et al. en France où la dimension compréhension émotionnelle de l'empathie est corrélée au fait d'être une femme(53).

Âge

Concernant l'âge, les résultats sont plus variés. Certaines études ne retrouvent pas de différence significative (43,51). S. Carmel ainsi que H. Lin ont quand même mis en évidence une empathie plus importante chez les médecins plus jeunes (54,55).

Statut marital

Le fait de vivre en couple serait corrélé à une meilleure empathie d'après l'étude de Zenasni et al. (53). Avant celle-ci, S. V. Shariat a retrouvé la même tendance avec une plus haute empathie chez les médecins mariés par rapport à ceux célibataires, mais la différence n'est pas significative (52).

1.4.1.2. Psychothérapie du médecin

La psychothérapie est associée à une empathie cognitive plus importante. Les médecins généralistes ayant suivi une psychothérapie sont plus empathiques (53).

1.4.2. Facteurs liés à la pratique professionnelle

1.4.2.1. Spécialité

M. Hojat a établi plusieurs fois un lien entre le niveau d'empathie et la spécialité (43) (42).

Une différence significative est mise en évidence entre les spécialités « *people-oriented* » et les spécialités « *technology-oriented* » (43). Les spécialités plus tournées vers le patient correspondent à la médecine générale, la médecine interne, la pédiatrie, la gynécologie-obstétrique, les urgences, la psychiatrie et les spécialités médicales. Et sont incluses dans les spécialités plus « techniques » la radiologie, l'anesthésie, l'anatomopathologie et la chirurgie.

1.4.2.2. Temps de consultation

Les consultations plus longues sont corrélées à une empathie plus élevée (44,53). Ce facteur de temps est important. Il est vrai que le temps est compté pour les médecins généralistes ayant une charge de travail importante. Ainsi la charge de travail pourrait retentir de manière indirecte si elle oblige le clinicien à écourter ses consultations.

Nous pouvons nous poser la question de la partie administrative demandée au médecin généraliste et qui prend de plus en plus de place dans sa pratique quotidienne.

1.4.2.3. Cabinet de groupe

H. Lin a regardé la différence d'empathie selon le type de pratique : médecine en cabinet de groupe ou en cabinet seul. L'auteur a comparé la satisfaction des patients et leur perception de qualité des soins. Une meilleure satisfaction des patients est retrouvée pour les médecins exerçant en groupe (54).

1.4.3. Formation

1.4.3.1. Formation spécifique à l'empathie

Plusieurs études ont mis en évidence une augmentation de l'empathie chez les médecins ayant reçu une formation spécifique (56–58).

Les enseignements sont variés. Bonvicini et al. réalisent en 2009 un essai randomisé pour évaluer les effets d'une formation à la communication sur l'expression empathique (qui correspond à la dimension comportementale de l'empathie) des médecins. La formation comporte plusieurs modalités d'enseignement sur une période de trois mois. Il s'agit d'une formation relativement intensive. Les médecins sont évalués avant la formation et six mois après. Les scores globaux d'empathie des médecins formés augmentent de 37% à six mois alors qu'il n'y a aucun changement chez les médecins n'ayant pas reçu la formation (57).

Fallowfield et al. ont déjà mis en évidence en 2002 une augmentation significative de l'empathie chez des médecins oncologues formés spécifiquement. Leurs cours de formation incluent également diverses techniques d'enseignement (56).

1.4.3.2. Appartenance à un groupe de réflexion

Le fait d'appartenir à un groupe de réflexion est associé à une meilleure empathie (44). En effet, une association significative est retrouvée entre l'empathie et les médecins généralistes qui participent à des groupes Balint ou qui sont maîtres de stage.

1.4.3.3. Expérience clinique

Shariat et al. retrouvent une différence significative avec l'âge et l'expérience. Mais après analyse de régression, seule l'expérience est corrélée positivement à l'empathie (52).

1.4.4. Épuisement professionnel

Plus le burn out est élevé, plus le score d'empathie clinique est faible d'après Zenasni et al. (15,53). En effet, le burn out est en partie défini par une attitude de dépersonnalisation : il favoriserait la déshumanisation dans les interactions sociales et probablement une diminution significative de l'empathie globale.

1.4.5. Synthèse des facteurs corrélés à l'empathie chez les médecins

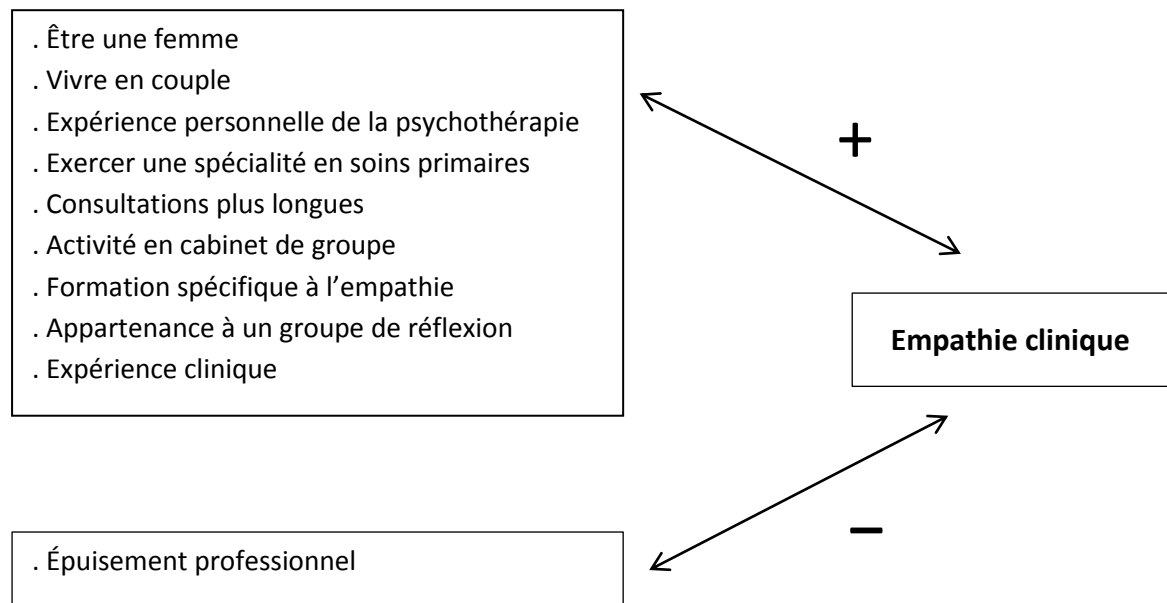


Figure 2 : Facteurs corrélés à l'empathie chez les médecins.

1.5. Professionnalisme et compétence

Ainsi chez les médecins plusieurs facteurs influencent l'empathie qui, nous l'avons montré, est importante dans l'exercice de la médecine. C'est pourquoi, l'empathie est une compétence et est devenue un objectif pédagogique dans le cursus médical. Tel est le sujet exposé ci-dessous.

1.5.1. *Qu'est-ce que le professionnalisme ?*

Le professionnalisme est à la base de la confiance entre le médecin et la société. Il tente de concrétiser les attitudes et les comportements souhaitables dans la profession médicale.

En 2002, la notion de professionnalisme retient l'attention des personnes en charge de la formation des futurs médecins. Une initiative majeure est alors prise par des médecins essentiellement nord-américains, American Board of internal medicine (ABIM) Foundation, American College of Physicians - American Society of internal Medicine (ACP-ASIM) et des médecins européens, European Federation of Internal Medicine (EFIM). Ils élaborent conjointement la « charte internationale du professionnalisme médical » (59) dont la version française est publiée en 2004 (60). Elle énonce trois principes fondamentaux – primauté du bien-être du patient, respect de son autonomie, engagement dans une justice sociale - et définit un ensemble de responsabilités professionnelles. La charte met en valeur l'importance d'un engagement pour l'enseignement, l'évaluation et le maintien des compétences médicales.

1.5.2. *La compétence professionnelle*

Une revue de la littérature réalisée en 2002 par deux médecins américains a pour objectif de définir la compétence professionnelle ainsi que d'examiner les moyens d'évaluation existants et de suggérer des pistes d'évaluation de la compétence professionnelle (61). La définition qui ressort est assez exhaustive : « *professional competence is the habitual and judicious use of communication, knowledge, technical skills, clinical reasoning, emotions, values, and reflection in daily practice for the benefit of the individual and community being served* ».

Ainsi la compétence médicale inclut plusieurs dimensions : intellectuelles, techniques, relationnelles, contextuelles, mais aussi affectives et morales.

1.5.3. Les compétences du médecin généraliste

En 2002, la WONCA Europe (Société Européenne de Médecine générale – Médecine de famille), branche régionale de l'organisation mondiale des médecins de famille (WONCA), précise les tâches professionnelles et les compétences essentielles requises pour tout médecin généraliste. Il ressort six compétences fondamentales :

- la gestion des soins en santé primaire,
- les soins centrés sur la personne,
- l'aptitude spécifique à la résolution des problèmes,
- l'approche globale,
- l'orientation communautaire,
- l'adoption d'un modèle holistique.

En France, la définition des compétences auxquelles sont formés les futurs médecins généralistes est bien décrite par le Collège National des Enseignants Généralistes (CNGE) (62).

Ces compétences sont reprises et simplifiées dans un schéma appelé « marguerite des compétences ».

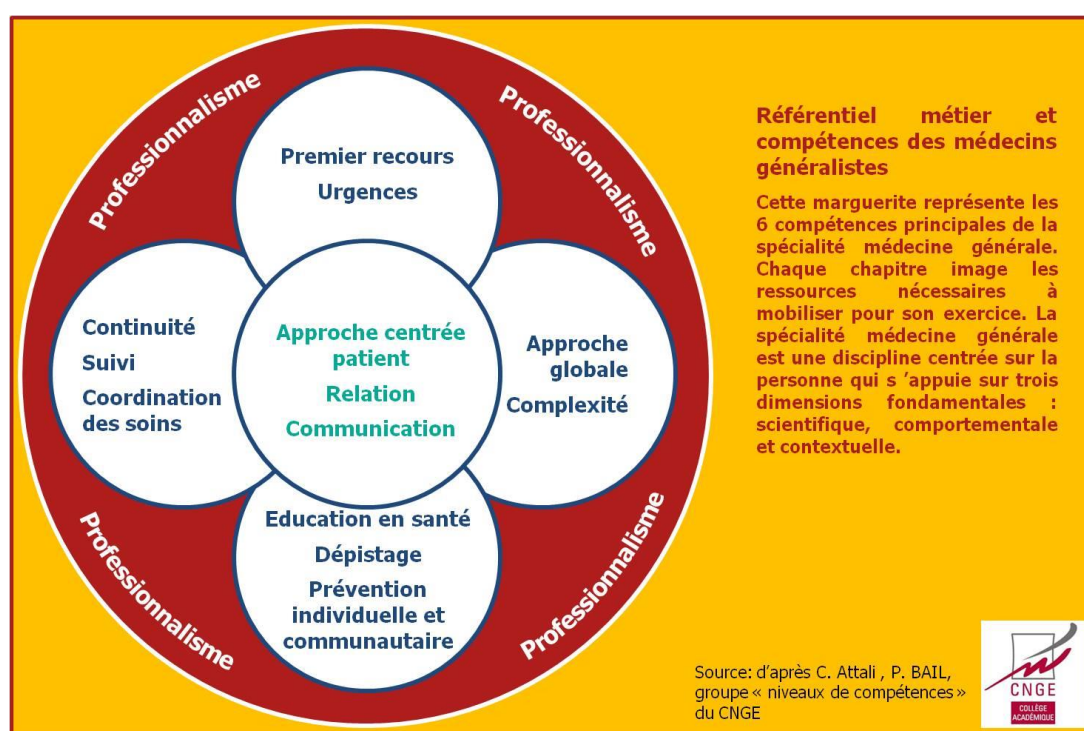


Figure 3 : La marguerite des compétences en médecine générale (CNGE).

Nous retrouvons :

- le premier recours, l'incertitude, les urgences ;
- la continuité, le suivi et la coordination des soins autour du patient ;
- l'éducation, le dépistage, la prévention individuelle et communautaire ;
- l'approche globale, la prise en compte de la complexité ;
- la relation, la communication, l'approche centrée sur le patient ;
- le professionnalisme.

Il est important de noter qu'aujourd'hui les médecins sont évalués par des procédures de qualité, et la certification de l'acquisition des compétences est nécessaire pour assurer la qualité des soins.

Nous pouvons remarquer que la relation médecin-patient est au cœur de la marguerite, montrant l'importance primordiale de cette compétence. En effet, la rencontre entre le médecin et son patient est au cœur de notre métier et cette compétence relationnelle et de communication est prioritaire.

Pour définir l'assise des compétences de communication et de relation du médecin, l'empathie est un concept fortement utilisé. Elle reste un objectif pédagogique établi par de nombreuses institutions.

1.5.4. L'Empathie : objectif pédagogique

« *Physicians must be compassionate and empathetic in caring for patients* ». C'est cet objectif pédagogique que partagent diverses instances de la formation médicale comme l'Association of American Medical Colleges (63), le référentiel professionnel canadien CanMEDS (64) et l'OMS (65).

Le principe d'empathie est retrouvé également dans la récente réglementation relative à l'obtention du DFSAM (66), c'est-à-dire l'arrêté relatif au régime des études du premier et deuxième cycle des études médicales. Dans ce texte, l'empathie est un fondement du rôle de communicateur que doit assurer le médecin : « *il [l'étudiant] établit une communication axée sur le patient, par le biais de la prise de décisions partagées et d'interactions efficaces fondées sur l'éthique et l'empathie* » ; toujours dans ce texte, l'item n°1 des 362 que compte la formation initiale des médecins concerne la relation médecin-malade et la communication. L'étudiant doit « *établir une relation empathique, dans le respect de sa personnalité, de ses attentes et de ses besoins* ».

Alors que l'empathie est reconnue comme un objectif pédagogique, qu'en est-il de son évolution dans le cursus médical ?

1.6. Évolution de l'empathie au cours des études médicales

Nous avons souligné l'importance de l'empathie en médecine. Cependant, il est intéressant de noter que l'empathie diminue au cours des études médicales pour les étudiants comme les étudiantes (4,5).

Les raisons pour lesquelles l'empathie diminue au cours des études de médecine ne sont pas clairement identifiées. De nombreuses raisons sont évoquées.

Nous pouvons nous arrêter sur la grande revue de la littérature réalisée en 2011 par M. Neumann et ses collaborateurs sur le déclin de l'empathie durant les études médicales et ses raisons (4). Ils incluent dix-huit études, onze études sur les étudiants en médecine et sept sur les résidents ; la majorité des études étant réalisée aux États-Unis. Toutes mettent en évidence une diminution ou une stagnation de l'empathie durant les études médicales. Chez les étudiants, neuf études (dont trois analyses longitudinales) montrent une baisse significative. Chez les internes, les sept études (dont cinq analyses longitudinales) montrent une baisse significative.

Dans cette méta-analyse presque toutes les études décrites remarquent un déclin significatif lors de la phase pratique de la formation, lorsque les étudiants ont plus de contact avec les patients. L'explication possible pour les auteurs serait que la rencontre avec la morbidité et la mortalité intensifie le sentiment de vulnérabilité des étudiants. Les étudiants pourraient chercher à se protéger en déshumanisant le patient.

Les auteurs évoquent l'importance du curriculum caché et son influence sur l'empathie.

Cette drastique diminution est tout de même nuancée par Colliver et al. (67). En effet, devant la forte réaction déclenchée par les articles décrivant une baisse importante de l'empathie durant les études médicales, les auteurs trouvent qu'il est nécessaire de réexaminer ces études pour déterminer l'ampleur de la baisse et le sérieux du problème. Est-ce de grandes baisses avec de sérieuses implications pour les soins des patients ? Ils veulent également rechercher la plausibilité d'une explication alternative. La baisse observée peut-elle être expliquée par des facteurs confondants comme des biais de réponse, notamment par un taux de réponses bas ?

Ils réexaminent onze études qui étudient l'empathie à différentes étapes du cursus médical. Parmi ces onze études, dix études (six études chez les étudiants et quatre chez les internes) sont des études incluses dans la méta-analyse de M. Neumann. La onzième étude ne concerne pas des étudiants en médecine mais des étudiants dentaires. Une variation de l'empathie est retrouvée dans les onze études. Les résultats montrent une baisse très faible dans les moyennes. À noter que les estimations sont semblables pour les étudiants en médecine ou les résidents avec un taux d'empathie quasi similaire à la fin de leurs cycles.

Concernant les taux de réponses, ceux-ci sont plus hauts pour les premières années par rapport aux dernières années du cycle, en moyenne de 26%. Du coup, la baisse est également incertaine du fait d'un taux de réponses variable et bas. En effet, les non-répondants sont-ils plus ou moins empathiques ? Ils critiquent également les moyens de mesure utilisés dans ces études qui sont tous des auto-évaluations par le soignant. Ces moyens de mesure sont-ils le reflet de l'empathie du médecin ressentie par le patient ?

Tous les auteurs (4,67) sont d'accord sur l'importance de devoir déterminer la relation entre ces scores et les résultats chez les patients afin de savoir si ces mesures sont bien le reflet de l'efficacité et de la qualité de la relation médecin-patient.

En conclusion le débat est ouvert et d'autres études sont nécessaires, notamment des études, si possible, avec des taux de réponses importants.

2. Problématique

Nous avons vu, dans cette première partie, l'importance de l'empathie en médecine. L'empathie serait une compétence nécessaire à tout médecin généraliste et fait actuellement partie des objectifs pédagogiques. Chez les internes, il semble donc primordial que l'empathie soit présente dans leur exercice.

Or, paradoxalement, nous avons constaté dans les études, surtout américaines, que l'empathie pourrait tendre à diminuer chez les étudiants et les internes en médecine.

L'empathie chez les internes doit donc être évaluée et les facteurs déterminant celle-ci doivent être recherchés.

Cette étude s'inscrit dans le cadre d'un travail pluridisciplinaire dirigé en collaboration par l'institut Universitaire Paris Descartes de Psychologie et le Département de Médecine Générale de l'Université Paris Descartes.

Ce projet, débuté en 2007, porte sur le stress en population étudiante, mais aussi sur le burn out et l'empathie des médecins généralistes. À l'issue des premiers travaux, un lien a été établi entre stress, empathie et burn out chez les médecins généralistes. L'échelle JSPE pour mesurer l'empathie a pu être validée dans sa version française.

Concernant les internes, les premières recherches débutent en 2012. Une première partie qualitative est alors réalisée afin d'élaborer une échelle de stress spécifique aux internes de médecine générale et de définir les déterminants de stress et d'empathie des internes de médecine générale.

En effet, nous connaissons les facteurs déterminants de l'empathie des médecins généralistes, mais quels sont ceux des internes en médecine générale ?

Il apparaît important de les rechercher : définir les facteurs prédictifs de l'empathie chez les internes de médecine générale permettra de chercher des pistes pour améliorer leur empathie au cours du cursus médical.

3. Matériels et méthodes

3.1. Projet Intern'life

La partie quantitative du projet de recherche chez les internes est rebaptisée « Intern'life ». Il s'agit d'une étude quantitative qui explore le vécu des internes de médecine générale en Ile de France. Il a été réalisé, tous les six mois, un recueil de données concernant l'empathie, le burn-out, le stress, les addictions et les troubles alimentaires sur une cohorte d'internes de médecine générale, entre octobre 2012 et avril 2015. L'étude actuelle a été réalisée au temps T1 d'« Intern'life ».

3.2. Objectif et type d'enquête

L'objectif principal de cette étude est de déterminer les facteurs prédictifs de l'empathie chez les internes de médecine générale en Ile de France. Elle vise à mettre en évidence des associations entre l'empathie clinique et des critères sociodémographiques, et/ou la formation actuelle et antérieure (pendant leur externat) et/ou des critères liés à la pratique professionnelle (terrain de stage, nombre d'heures et de gardes) et/ou leur état de bien-être ou de détresse émotionnelle (qualité de vie, anxiété, dépression, épuisement professionnel).

Il s'agit d'une étude transversale, analytique des caractéristiques et des pratiques des internes de médecine générale en Ile de France pendant leur internat, réalisée en avril 2013.

3.3. Population sélectionnée

3.3.1. Population

Les critères d'inclusion sont :

- Être interne de médecine générale en Ile de France de la promotion 2012 (début de l'internat en novembre 2012) en fin de premier semestre d'internat.
- Avoir répondu au questionnaire en ligne.

Les critères d'exclusion sont :

- Interne ayant refusé de participer à l'étude.

- Interne ne s'étant pas connecté sur le site d' « Intern'life ».

3.3.2. Mode de recrutement

Le recrutement de la population pour cette étude s'est effectué lors du choix de leur deuxième stage d'internat en avril 2013. Nous sommes allés à la rencontre des internes à la sortie de leur choix pour leur expliquer le projet « Intern'life » et nous les avons invités à y participer. Nous leur avons distribué des flyers (annexe 1) où était inscrite l'adresse de notre site internet.

Les internes ont ensuite été relancés régulièrement par mail jusqu'à mai 2013 avec un lien vers le questionnaire en ligne, afin de recruter le maximum d'internes.

Les internes en se connectant au lien suivant www.intern-life.com arrivaient sur le site où ils pouvaient remplir le questionnaire (annexe 2). Il fallait compter en moyenne trente minutes pour remplir en entier le questionnaire et les internes pouvaient le remplir en plusieurs fois.

3.4. Matériel

Il faut préciser que le questionnaire en ligne correspondait à un auto-questionnaire exhaustif pour l'étude Intern'life (annexe 3). L'étude actuelle n'utilise pas l'ensemble des données du questionnaire et seuls les outils qui ont été nécessaires pour ce travail sont détaillés dans la partie ci-dessous.

3.4.1. La JSPE-Fr

Pour mesurer l'empathie, il a été décidé de choisir la version française de l'échelle d'empathie de Jefferson (JSPE), développée par M. Hojat en 2001. Comme nous l'avons vu dans la partie 1, cet auto-questionnaire qui permet de mesurer l'empathie clinique est bien adapté aux soignants. La JSPE a en plus été validée en français lors des derniers travaux chez les médecins généralistes. Et comme nous l'avons dit, cette version est plus adaptée que celle des étudiants, vu le rôle de l'interne dans le système des soins en France.

Ce questionnaire est composé de 20 items, représentant différentes attitudes ou postures empathiques. Les participants doivent indiquer sur une échelle de Likert à quel point ils sont en accord avec l'item (de 1 « pas du tout d'accord » à 7 « tout à fait d'accord »). Le score total varie de 20 à 140, corrélé à un degré croissant d'empathie.

Chacun des trois concepts qui émergent de l'analyse factorielle est étudié par les items suivants:

- la prise de perspective « *perspective taking* » : items 2, 4, 5, 9, 10, 13, 15, 16, 17, 20 (score de 10 à 70) ;
- la compréhension émotionnelle « *compassionate care* » : items 1, 7, 8, 11, 12, 14, 18, 19 (score de 8 à 56) ;
- se mettre à la place du patient « *standing in the patient's shoes* » : items 3 et 6 (score de 2 à 14).

La validation de l'échelle en français n'a pas permis d'identifier une structure globale. Cependant nous analyserons le score global car c'est ce qui est fait dans les autres pays. Pour déterminer la cohérence interne de ce score global, nous calculerons un coefficient alpha de Cronbach.

3.4.2. Questionnaires de recueil des données sociodémographiques et professionnelles, des loisirs et de la formation antérieure

Ces questionnaires ont permis de recueillir quatre groupes de données :

Données sociodémographiques

Nous retrouvons le sexe, l'âge, le statut marital, la profession des parents.

La profession des parents a ensuite été répartie en deux groupes : professions en lien avec le social ou non. Pour faire cette classification il a été utilisé la typologie de Holland. La typologie de Holland correspond à un modèle théorique de la personnalité pour expliquer les choix de carrière. Il est mis en évidence six grands types : le type « social », le type « réaliste », le type « investigateur », le type « artistique », le type « entreprenant » et enfin le type « conventionnel ». Selon Holland, les traits de personnalité, les intérêts et les aptitudes d'un individu déterminent son appartenance à un type plutôt qu'à un autre. Et chaque type est attiré par un ensemble de professions (figure 4 en annexe). À partir de ce modèle, nous avons classé les professions en deux catégories :

- type « social »
- type « non social » correspondant aux cinq autres types.

Données professionnelles

Ce sont les données liées au terrain de stage et aux contraintes de travail : le terrain de stage, le nombre d'heures de travail par semaine, le nombre de gardes par mois, l'obtention ou non des congés désirés durant le semestre.

Données liées aux loisirs

Elles concernent la pratique sportive et les sorties.

Ce questionnaire de recueil a été élaboré avec une échelle de Likert de 1 « plusieurs fois par semaine » à 5 « jamais ». Nous avons, par la suite, classé chaque activité en deux catégories : « régulière » ou « non régulière ». Une pratique a été considérée comme « régulière » lorsqu'elle est supérieure ou égale à « une à deux fois par mois ».

Données liées à la formation

Il s'agit notamment de la formation médecin-malade antérieure reçue au cours de leurs études, mais également de l'existence d'une formation « informelle » prédominante dans leur pratique par rapport aux cours théoriques ou de la rencontre de modèles positifs ou négatifs sur le plan humain ou biomédical au cours de leur cursus.

Ce questionnaire de recueil, a été également élaboré avec une échelle de Likert de 1 « jamais » à 5 « très souvent ».

La « formation informelle » correspond à toute les connaissances ou expériences acquises à l'hôpital lors des stages (visites, discussions de couloirs, staffs...). C'est un enseignement plus implicite au jour le jour.

Concernant la formation médecin-malade, elle a été par la suite classée en deux catégories : non « jamais » ou oui regroupant « rarement », « parfois », « souvent » et « très souvent ».

Nous les avons aussi interrogés sur le type de formation médecin-malade reçue : cours théoriques ou cours pratiques (jeux de rôle, groupes d'échange, « séniorisation ») et sur le caractère obligatoire ou facultatif de cette formation.

3.4.3. *Autres questionnaires*

SWLS (Satisfaction With Life Scale)

Pour étudier la qualité de vie, nous avons choisi la SWLS de Diener et al. (1985) traduite en français par Blais et al. (68). Cet auto-questionnaire est constitué de cinq items. Les internes ont dû indiquer sur une échelle de 1 « fortement en désaccord » à 7 « fortement en accord » à quel point ils étaient en accord ou en désaccord avec l'item. Le score total varie de 5 à 35, corrélé à un degré croissant de satisfaction de vie.

HAD (Hospital Anxiety and Depression Scale)

L'HAD de Zigmond et Snaith (1983) traduite par Lépine et al. (69) a été choisie pour dépister les troubles anxieux et dépressifs. Il s'agit d'un auto-questionnaire comportant quatorze items cotés de 0 à 3. Sept questions se rapportent à l'anxiété (total A) et sept autres à la dimension dépressive (total D), permettant ainsi l'obtention de deux scores (la note maximale de chaque score est de 21). Pour dépister des symptomatologies anxieuses et dépressives, l'interprétation suivante peut-être proposée pour chacun des scores (A et D) :

- score ≤ 7 : absence de symptomatologie
- $8 \leq \text{score} \leq 10$: symptomatologie douteuse
- score ≥ 10 : symptomatologie certaine

MBI (Maslach burnout Inventory)

Pour évaluer l'épuisement professionnel, nous avons utilisé le MBI de Maslach et Jackson (1986) traduit en langue française par Dion et Tessier (70). Il s'agit également d'un auto-questionnaire de vingt-deux items avec trois sous-échelles qui mesurent respectivement les trois dimensions suivantes :

- l'épuisement émotionnel (EE) : items 1, 2, 3, 6, 8, 13, 14, 16, 20 (9 items) ;
- la dépersonnalisation (DP) : items 5, 10, 11, 15, 22 (5 items) ;
- le non-accomplissement personnel au travail ou perte d'accomplissement personnel (AP) : items 4, 7, 9, 12, 17, 18, 19, 21 (8 items).

Chaque item est coté de 0 « jamais » à 6 « chaque jour » et chaque participant doit indiquer la fréquence selon laquelle il éprouve le sentiment en question.

Il n'existe pas de score global et chaque dimension à son propre score. L'interprétation du score pour chaque dimension est présentée dans le tableau ci-dessous.

Tableau 1 : Interprétation du score de chaque dimension du MBI.

Score du burn-out	EE	DP	AP
Élevé	≥ 30	≥ 12	≤ 33
Modéré	18-29	6-11	34-39
Bas	≤ 17	≤ 5	≥ 40

MBI, Version française, Traduction Fontaine, CANOUI (2008)

Un score élevé d'EE ou de DP ou un score bas d'AP suffit pour parler de burn out. En fonction du nombre de dimensions atteintes, on distingue des stades de gravité. Le degré de burn out est dit :

- faible : 1 seule dimension est atteinte
- moyen : atteinte de 2 dimensions
- sévère : les 3 dimensions sont atteintes

3.5. Analyse des données

Les analyses statistiques ont été faites avec les logiciels Epi Info 7 et SPSS 17.0.

Une description de la population a été réalisée à l'aide de moyennes (écart-type) et de fréquences.

Pour déterminer la cohérence interne du score global de l'échelle JSPE, nous avons calculé un coefficient alpha de Cronbach.

Nous avons ensuite réalisé une analyse bivariée. Les corrélations significatives à 10% entre l'empathie globale et les variables quantitatives ont été recherchées à l'aide d'un test de coefficient de corrélation de Pearson. Pour les variables qualitatives, la différence de moyenne de l'empathie dans les différentes modalités a été testée par Student ou analyse de variance (ANOVA).

Des liens entre chaque dimension de l'empathie et les mêmes variables qualitatives et quantitatives ont été recherchés de manière identique.

Puis nous avons réalisé une analyse multivariée par régression linéaire. Seules les variables associées à l'empathie dans l'analyse bivariée avec un $p \leq 0,1$ ont été retenues en plus de l'âge et du sexe pour réaliser l'analyse. Le seuil de significativité était fixé à 0,05.

4. Résultats

4.1. Population de l'étude

4.1.1. *Diagramme de Flux*

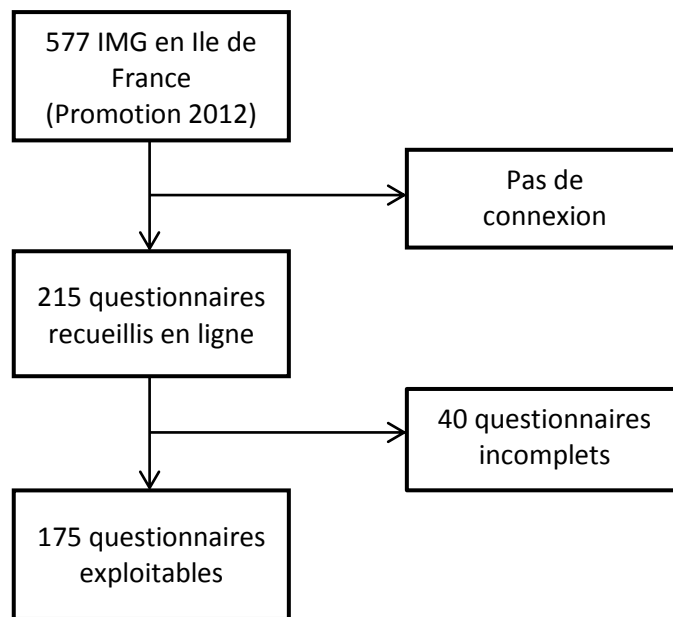


Figure 4 : diagramme de flux.

Le taux de réponses est de 39% et 175 questionnaires sont exploités au final.

Les questionnaires exploitables correspondent aux questionnaires où les données concernant l'empathie sont remplies en entier.

4.1.2. *Caractéristiques de la population : analyse descriptive*

4.1.2.1. Données sociodémographiques

Elles sont synthétisées dans le tableau n°2 ci-dessous.

Tableau 2 : Caractéristiques sociodémographiques de la population, n (nombre de sujets) et ET (écart-type), n=175.

	<i>n(%)</i>	<i>moyenne (ET)</i>	<i>[min-max]</i>
Homme	41(23,43%)		
Femme	134 (76,57%)		
Age		25,96 (2,70)	[23-43]
En couple	99 (56,57%)		
Profession du père de type social	35 (21,08%)		
Profession de la mère de type social	70 (41,42%)		

Il y a 3/4 de femmes, ce qui est cohérent avec la féminisation de la profession en France depuis quelques années.

4.1.2.2. Données professionnelles

Type de stage

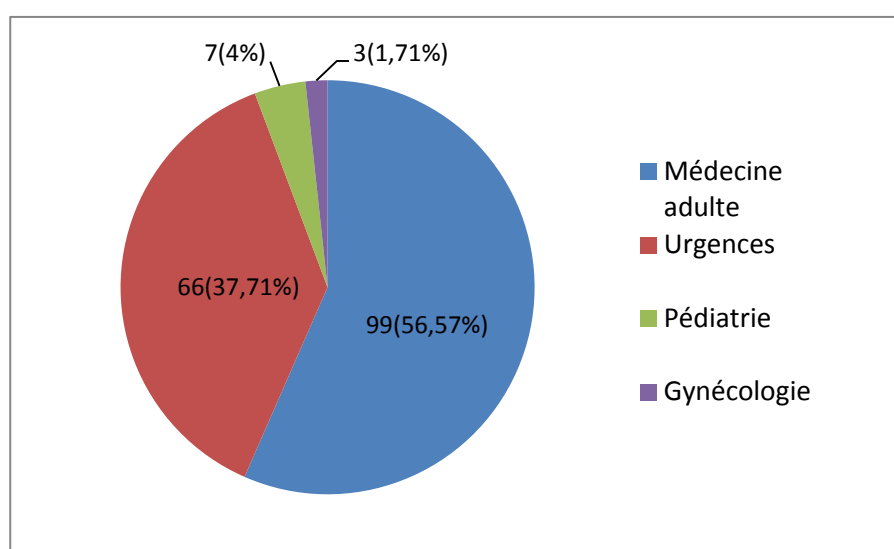


Figure 5 : Répartition des internes selon le type de stage.

Plus de la moitié des internes sont dans un stage de médecine adulte. À ce niveau d'internat, aucun n'est en stage chez un médecin généraliste.

Charge de travail

Tableau 3 : Charge de travail des internes, n (nombre de sujets) et ET (écart-type), n=174, 1 valeur manquante.

	<i>n(%)</i>	<i>moyenne (ET)</i>	<i>[min-max]</i>
Heures de travail/semaine		55,75 (10,07)	[35-96]
Gardes/mois		3,09 (1,80)	[0-9]
Semaine(s) de vacances/semestre		1,96 (0,81)	[0-5]
Obtention des congés désirés	145 (82,86%)		

4.1.2.3. Loisirs

Concernant les loisirs, les données sont décrites dans le tableau n°3 ci-dessous.

Tableau 4 : Caractéristiques des loisirs des internes, n (nombre de sujets), n=175.

	<i>n(%)</i>
Sport régulier	68 (38,86%)
Sorties (cinéma, théâtre, concerts) régulières	72 (41,14%)
Restaurants/bars réguliers	26 (14,86%)

4.1.2.4. Formation

Formation médecin-malade

Sur les 175 internes, 125 disent avoir reçu une formation médecin-malade, soit 71.43% de notre effectif.

Les cours sont obligatoires pour 46.40% des internes ayant reçu une formation médecin-malade.

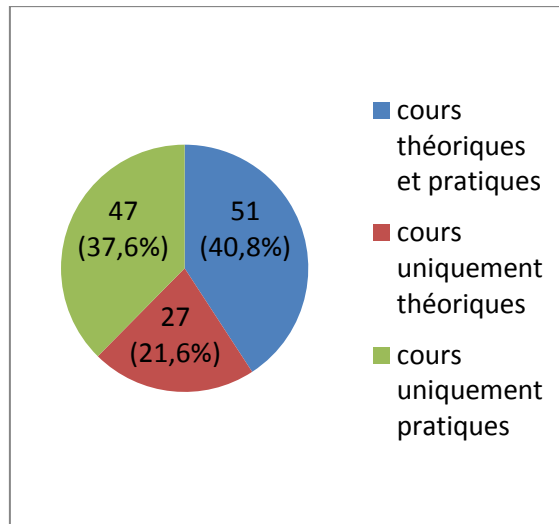


Figure 6 : Répartition des internes formés à la relation médecin-malade suivant le type de cours, n=125.

Plus de 2/3 des internes ont eu une formation spécifique sur la relation médecin-malade et parmi ces internes plus des 3/4 ont bénéficié de cette formation sous forme de cours pratiques.

Formation informelle

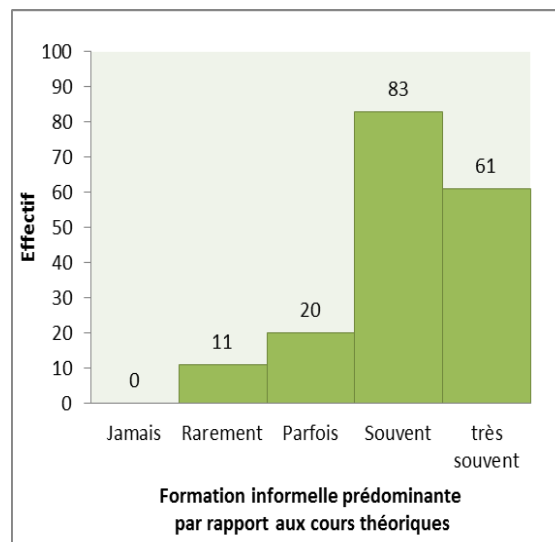


Figure 7 : Distribution des scores de formation informelle prédominante par rapport aux cours théoriques.

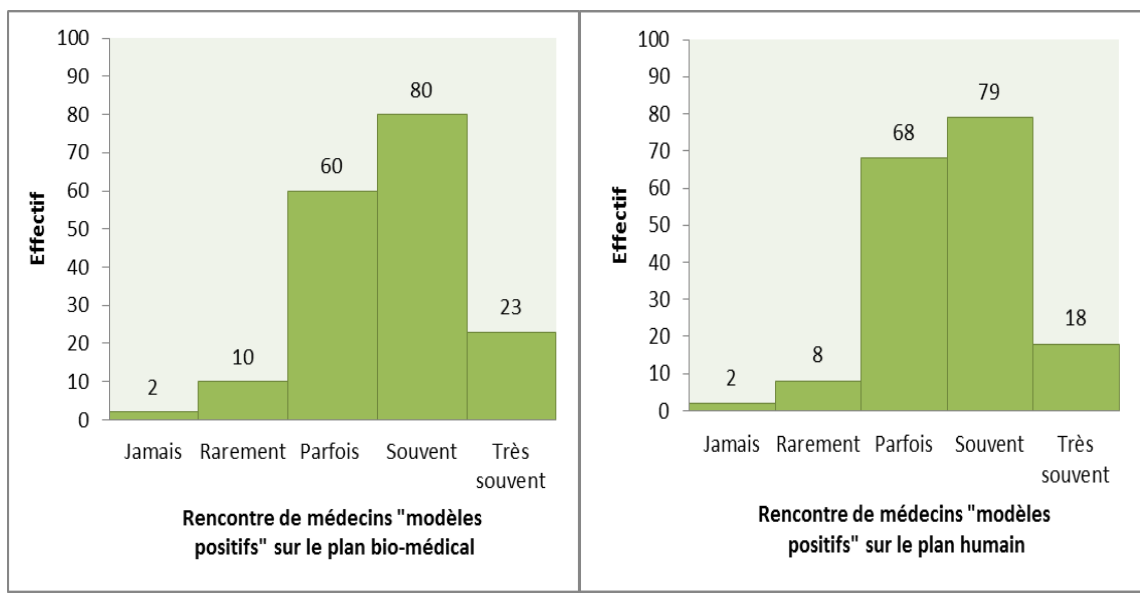


Figure 8 : Distribution des scores de rencontre de médecins « modèles positifs », n=175.

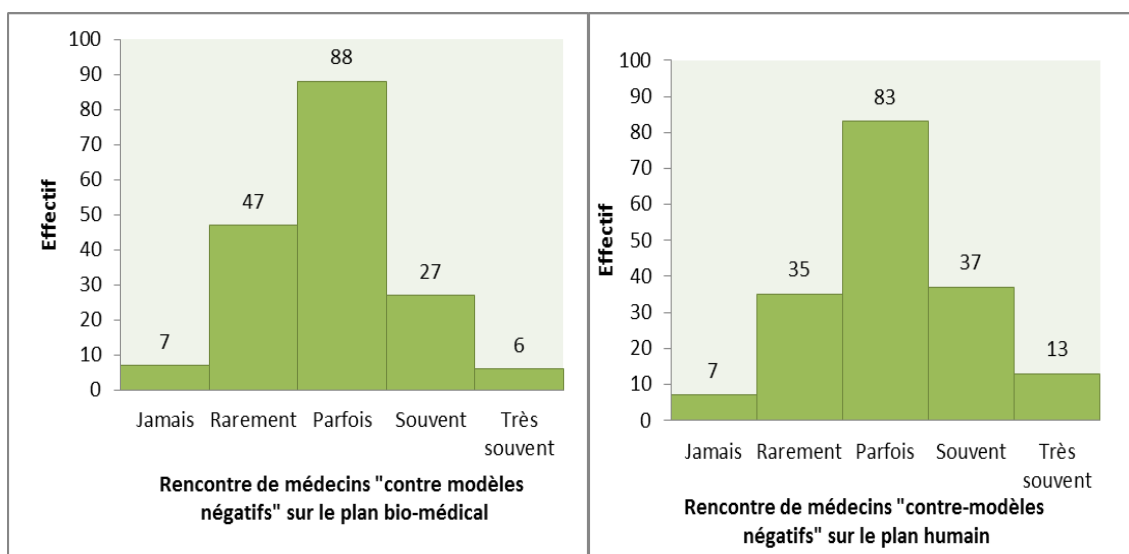


Figure 9 : Distribution des scores de rencontre de médecins « contre-modèles négatifs », n=175.

Au cours de leur cursus, les internes rencontrent de fréquents modèles positifs sur le plan humain et biomédical et seulement quelques contre modèles négatifs.

Ils se sentent fréquemment soutenus au niveau professionnel.

4.1.2.5. Satisfaction de vie



Figure 10 : Distribution des scores de satisfaction de vie, n=175.

4.1.2.6. Anxiété et dépression

Tableau 5 : Distribution des scores d'anxiété et de dépression, n=172, 3 valeurs manquantes.

	<i>Etat anxieux</i>	<i>Etat dépressif</i>
<i>Absent</i>	8%	33%
<i>Douteux</i>	24%	57%
<i>Certain</i>	68%	10%

Nous remarquons que les internes ont une satisfaction de vie plutôt élevée. Cependant, 68% des internes présentent un état anxieux certain et 10% un état dépressif certain.

4.1.2.7. Épuisement professionnel

Tableau 6 : Distribution des scores de burn out, n=147, 28 données manquantes.

	<i>Épuisement émotionnel</i>	<i>Dépersonnalisation</i>	<i>Accomplissement personnel bas</i>
Score bas	20%	14%	35%
Score moyen	34%	27%	32%
Score élevé	46%	59%	33%

Pour rappel, un score élevé sur l'échelle EE ou sur l'échelle DP ou un score bas d'AP (ou non accomplissement personnel élevé) suffit pour parler de burn out.

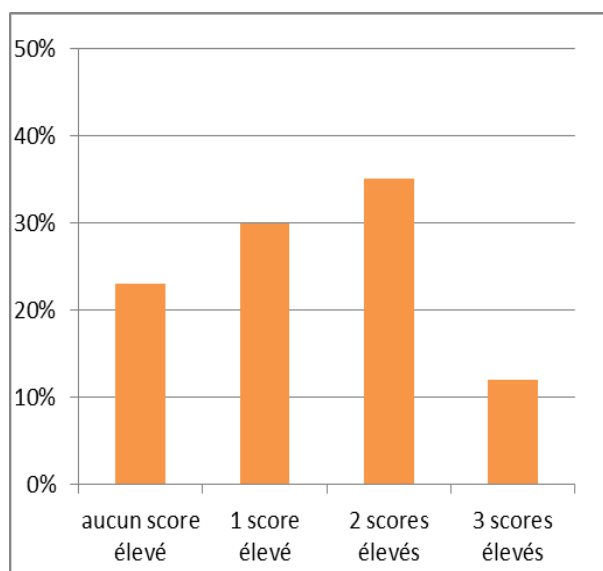


Figure 11 : Distribution des internes selon le nombre de dimensions du MBI élevées, n=147, 28 données manquantes.

Nous pouvons noter que 12% des internes présentent un burn out sévère (les trois dimensions sont atteintes).

4.2. Distribution de l'empathie

L'empathie globale est assez élevée. Les trois dimensions sont également assez élevées.

Tableau 7 : Distribution de l'empathie clinique, n=175.

	<i>Moyenne</i>	<i>Ecart-type</i>	<i>Min-Max</i>
Empathie globale	104,27	11,79	[69-138]
Prise de perspective	50,86	7,41	[32-70]
Compréhension émotionnelle	43,72	5,68	[24-53]
"Se mettre à la place "	9,69	2,46	[2-14]

Les trois dimensions de l'empathie se répartissent de manière identique dans notre population avec une répartition centrée sur des scores élevés.

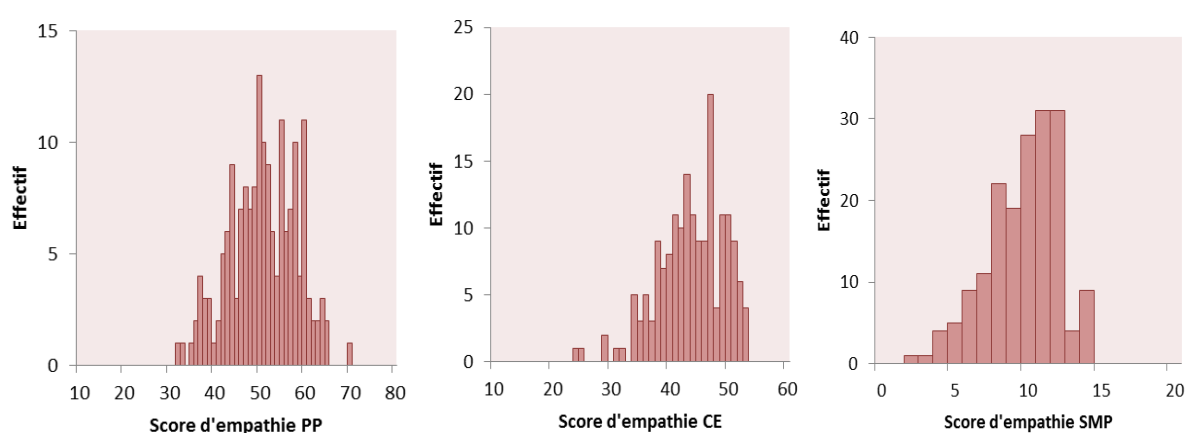


Figure 12 : Distribution des scores selon les trois dimensions de l'empathie clinique, n=175.

Le coefficient de Cronbach

Le coefficient de Cronbach est de 0,46.

4.3. Analyse bivariée

Une analyse bivariée a été réalisée dans un premier temps pour rechercher des corrélations significatives à 10% entre chaque dimension de l'empathie et chaque variable. L'ensemble des résultats est en annexe 3. Les corrélations significatives à 10% sont résumées dans le tableau ci-dessous.

Tableau 8 : Résumé des corrélations significatives à 10% entre les variables et chaque dimension de l'empathie, n=175.

	<i>p-value Empathie globale</i>	<i>p-value Empathie PP</i>	<i>p-value Empathie CE</i>	<i>p-value Empathie SMP</i>
Sociodémographiques				
Sexe		0,034	0,020	
Pratique professionnelle				
Heures de travail/semaine				0,012
Loisirs				
Sport régulier	0,074		0,035	
Formation				
Formation médecin malade	0,006	0,003		0,006
Cours théoriques				0,064
Cours pratiques	< 0,001	0,001	0,011	
Formation informelle prédominante	0,010	0,001		
Modèles positifs (biomédical)	0,058	0,012		
Modèles positifs (humain)	0,053	0,049		
Bien-être et détresse émotionnelle				
Satisfaction de vie (swls)	0,003	0,001		0,095
Anxiété (HAD)				0,021
Epuisement émotionnel (MBI)			0,038	
Dépersonnalisation (MBI)	0,003		< 0,001	< 0,001
Accomplissement personnel (MBI)	< 0,001	< 0,001	0,004	0,007

Concernant les variables sociodémographiques, seul le sexe est corrélé à l'empathie (dimensions Prise de Perspective et Compréhension Emotionnelle)

Pour les variables liées à la charge de travail, le nombre d'heures travaillées est associé à la dimension « Se Mettre à la Place ».

Concernant la formation, il est retrouvé une différence entre les internes ayant bénéficié d'une formation à la relation médecin-malade et ceux qui déclarent ne pas l'avoir reçue, notamment avec les cours pratiques. Un lien ressort aussi avec la formation informelle.

La pratique sportive est également corrélée, notamment à l'empathie globale et la dimension Compréhension Emotionnelle.

Enfin, concernant le bien-être ou la détresse émotionnelle de l'interne, il est associé à l'empathie plusieurs variables tels que la satisfaction de vie, l'anxiété ou l'épuisement professionnel.

4.4. Analyse multivariée

4.4.1. Facteurs associés à l'empathie globale

Pour réaliser ce modèle multivarié, nous avons inclus le sexe et l'âge et les variables suivantes qui ressortent de l'analyse bivariée :

- le sport ;
- la formation à la relation médecin-malade, les cours pratiques, la formation informelle prédominante, les modèles positifs sur le plan biomédical ;
- la dépersonnalisation et l'accomplissement personnel (MBI).

Tableau 9 : Modèle multivarié avec l'empathie globale.

	β	ET	t-value	p-value
Sociodémographiques				
Sexe	-0,31	2,00	-0,15	0,879
Âge	-0,02	0,32	-0,07	0,943
Loisirs				
Sport	4,35	1,75	2,49	0,014*
Formation				
Formation médecin-malade	-1,53	2,66	-0,58	0,565
Cours pratiques	2,65	2,43	1,09	0,278
Formation informelle prédominante	2,32	1,07	2,17	0,032*
Modèles positifs (biomédical)	0,01	1,10	0,01	0,993
Bien-être et détresse émotionnelle				
Dépersonnalisation (MBI)	-0,34	0,12	-2,79	0,006*
Accomplissement personnel (MBI)	0,65	0,13	5,08	<0,001*

**en surgras, les résultats avec une p-value <0,05*

Nous observons qu'une empathie globale plus importante est associée de façon significative ($p < 0,05$) à une pratique sportive régulière et à une plus grande formation informelle prédominante. Ce modèle met également en évidence une association significative entre l'empathie globale et deux des dimensions du burn out. En effet, l'empathie est plus importante quand la dépersonnalisation est moins élevée et l'accomplissement personnel plus élevé.

4.4.2. Facteurs associés à la Prise de Perspective

Pour réaliser ce modèle multivarié, nous avons inclus le sexe et l'âge et les variables suivantes qui ressortent de l'analyse bivariée :

- la formation à la relation médecin-malade, les cours pratiques, la formation informelle, les modèles positifs sur le plan biomédical et humain ;
- la satisfaction de vie et l'accomplissement personnel (MBI).

Tableau 10 : Modèle multivarié avec la dimension Prise de Perspective.

	β	ET	t-value	p-value
Sociodémographiques				
Sexe	1,62	1,35	1,20	0,234
Âge	-0,03	0,22	-0,12	0,902
Formation				
Formation médecin-malade	0,84	1,80	0,47	0,642
Cours pratiques	0,45	1,63	0,28	0,783
Formation informelle prédominante	2,09	0,72	2,90	0,004*
Modèles positifs (biomédical)	0,39	0,98	0,40	0,692
Modèles positifs (humain)	-0,16	0,98	-0,16	0,872
Bien-être et détresse émotionnelle				
Satisfaction de vie (SWLS)	-0,02	0,10	-0,19	0,847
Accomplissement personnel (MBI)	0,33	0,09	3,71	<0,001*

**en surgras, les résultats avec une p-value <0,05*

Nous observons qu'une Prise de Perspective plus importante est aussi associée de façon significative ($p < 0,05$) à une plus grande formation informelle prédominante. Ce modèle met également en évidence que la Prise de Perspective est plus importante quand l'accomplissement personnel est plus élevé.

4.4.3. Facteurs associés à la Compréhension Émotionnelle

Pour réaliser ce modèle multivarié, nous avons inclus le sexe et l'âge et les variables suivantes qui ressortent de l'analyse bivariée :

- le sport ;
- les cours pratiques de la formation à la relation médecin-malade ;
- les trois dimensions du MBI (épuisement émotionnel, dépersonnalisation et accomplissement personnel).

Tableau 11 : Modèle multivarié avec la dimension Compréhension Émotionnelle.

	β	ET	t-value	p-value
Sociodémographiques				
Sexe	-1,80	1,00	-1,80	0,073
Age	0,01	0,16	0,08	0,938
Loisirs				
Sport	1,36	0,87	1,57	0,118
Formation				
Cours pratiques	1,41	0,89	1,58	0,116
Bien-être et détresse émotionnelle				
Epuisement émotionnel (MBI)	0,05	0,04	1,12	0,265
Dépersonnalisation (MBI)	-0,30	0,07	-4,05	<0,001*
Accomplissement personnel (MBI)	0,19	0,06	3,03	0,003*

**en surgras, les résultats avec une p-value <0,05*

Nous observons que la Compréhension Émotionnelle est plus importante quand la dépersonnalisation est moins élevée et l'accomplissement personnel plus élevé.

4.4.4. Facteurs associés à la dimension « Se Mettre à la Place »

Pour réaliser ce modèle multivarié, nous avons inclus le sexe et l'âge et les variables suivantes qui ressortent de l'analyse bivariée :

- le nombre d'heures travaillées par semaine ;
- la formation médecin-malade, les cours théoriques ;
- la satisfaction de vie, l'anxiété, la dépersonnalisation et l'accomplissement personnel (MBI).

Tableau 12 : Modèle multivarié avec la dimension « Se Mettre à la Place ».

	β	ET	t-value	p-value
Sociodémographiques				
Sexe	-0,46	0,45	-1,01	0,312
Âge	0,11	0,08	1,40	0,163
Pratique professionnelle				
Heures de travail/semaine	-0,03	0,02	-1,39	0,166
Formation				
Formation médecin malade	0,21	0,54	0,39	0,695
Cours théoriques	0,09	0,45	0,21	0,836
Bien-être et détresse émotionnelle				
Satisfaction de vie (SWLS)	-0,03	0,03	-1,00	0,317
Anxiété (HAD)	0,10	0,08	1,15	0,254
Dépersonnalisation (MBI)	-0,08	0,03	-2,73	0,007*
Accomplissement personnel (MBI)	0,07	0,03	2,43	0,016*

*en surgras, les résultats avec une p-value <0,05

Nous observons que la dimension « Se Mettre à la Place » est également plus importante quand la dépersonnalisation est moins élevée et l'accomplissement personnel plus élevé.

4.5. Synthèse des résultats

Tableau 13 : Modèle multivarié : variables associées à l'empathie.

<i>Empathie globale</i>	<i>Prise de Perspective</i>	<i>Compréhension Emotionnelle</i>	<i>"Se mettre à la Place"</i>
Sport (p = 0,014; β = 4,35)			
Formation informelle (p = 0,032; β = 2,32)	Formation informelle (p = 0,004; β = 2,09)		
DP (MBI) (p = 0,006; β = - 0,34)		DP (MBI) (p < 0,001; β = - 0,30)	DP (MBI) (p = 0,007; β = - 0,08)
AP (MBI) (p < 0,001 ; β = 0,65)	AP (MBI) (p < 0,001; β = 0,33)	AP (MBI) (p = 0,003; β = 0,19)	AP (MBI) (p = 0,016; β = 0,07)

DP= Dépersonnalisation AP=Accomplissement Personnel

5. Discussion

5.1. Généralités

5.1.1. *Résultats principaux*

Le taux de réponses est de 39% (215/577) et 175 questionnaires ont pu être exploités. Les internes retenus sont âgés en moyenne de 26 ans dont 3/4 sont des femmes. Un peu plus de la moitié de ces internes travaillent dans un stage de médecine adulte, en moyenne 56 heures par semaine avec 3 gardes par mois. Un tiers des internes pratique une activité sportive. Concernant leur formation, presque 2/3 des internes ont eu une formation médecin-malade dont les 3/4 ont eu au moins des cours pratiques. Ces internes ont souvent eu une formation informelle prédominante pour leur future pratique et ont rencontré de fréquents modèles positifs parmi leurs pairs. Enfin, la majorité des internes sont très satisfaits de leur vie ; cependant 10% présentent un état dépressif certain et 12% un burn out sévère.

Globalement le score d'empathie est assez élevé ($m=104.27$, $ET=11.79$) et les trois dimensions de l'empathie se répartissent de manière identique dans notre population avec une répartition centrée sur des scores élevés.

L'analyse multivariée a pu mettre en évidence des liens entre l'empathie et certains facteurs :

- La pratique sportive régulière est significativement associée à une empathie globale plus élevée.
- La formation informelle prédominante est corrélée à l'empathie globale et à la dimension Prise de Perspective.
- Les composantes du burn out sont associées à toutes les dimensions de l'empathie : la dépersonnalisation et l'accomplissement personnel pour l'empathie globale, la Compréhension Émotionnelle et la dimension « Se Mettre à la Place » ; et seulement l'accomplissement personnel pour la Prise de Perspective.

Et nous notons qu'aucune dimension n'est associée au terrain de stage ou à la charge de travail.

5.1.2. *Représentativité de notre population*

La population étudiée est une promotion d'internes de médecine générale d'Ile de France. Sur le plan sociodémographique, concernant l'âge, le sexe et le statut marital, notre

population est assez comparable à d'autres études menées chez des internes de médecine générale français (71,72).

Par exemple, une étude menée chez des internes de médecine générale en Ile de France et en Languedoc Roussillon décrit une population âgée de 27 ans en moyenne, composée de 76,5% de femmes et dont 56,6% des internes sont en couple (71). Une autre étude, nationale, rapporte un taux de 69% de femmes, un âge moyen de 26 ans et une vie en couple pour 65% des internes (72).

Sur d'autres points, elle diffère de l'ensemble des internes de médecine générale :

- Concernant le terrain de stage, les internes sont dans des stages uniquement hospitaliers. Il n'y a aucun interne en stage chez un médecin généraliste. En effet, cette étude a été réalisée en début d'internat.
- De plus, de nombreux internes réalisent leur stage aux urgences. Or ce stage est souvent plus anxiogène pour les internes avec un rythme de vie plus difficile et une charge de travail plus importante.

5.2. Limites de l'étude

Plusieurs limites doivent être discutées.

5.2.1. *Biais de réponse*

Motivations des internes ayant répondu au questionnaire

Chez les internes ayant rempli le questionnaire en entier, il se pose la question de leur(s) motivation(s) à participer à notre étude.

Les internes plus empathiques vis-à-vis des autres étudiants, ont pu souhaiter nous aider pour la réalisation de notre thèse et ont peut-être plus répondu. Ainsi les scores d'empathie pourraient être plus élevés que dans la promotion globale des internes.

De plus, le thème général du projet Intern'life peut aussi avoir intéressé en priorité les étudiants touchés par les questions d'anxiété, de dépression ou d'épuisement professionnel, et souhaitant nous interpeller. Ainsi, les scores dans ces domaines pourraient également être plus élevés.

Taux de réponses bas

Le taux de réponses est de 39% et seulement de 30% pour le taux de réponses exploitables. Ces non-répondants sont-ils plus ou moins empathiques ? Ce taux de réponses aurait peut-être été plus élevé si le questionnaire avait été moins exhaustif.

Enquête en ligne

L'enquête en ligne économise de nombreux efforts dans la collecte des données et notre questionnaire étant assez long, il aurait été quasi-impossible de le réaliser sur place. Ce type d'enquête comporte aussi des inconvénients : l'interne peut être distrait par d'autres applications ouvertes en parallèle sur l'ordinateur ou par les éléments graphiques du questionnaire lui-même ; il peut remplir plusieurs fois le questionnaire et l'identité de celui qui remplit le test ne peut pas être vérifiée.

Subjectivité des réponses

Du fait de l'auto-questionnaire il existe un biais évident : la subjectivité des réponses. Un interne plus fatigué au moment de remplir le questionnaire peut exagérer ses réponses sur son ressenti.

Phénomène de désirabilité sociale

Un autre biais doit être cité, c'est le phénomène de désirabilité sociale. « *Le biais de désirabilité sociale (Crowne et Marlowe, 1960) est une tendance de l'individu à vouloir se présenter favorablement aux yeux de la société* » (73). L'étudiant qui répond au questionnaire sur l'empathie peut intentionnellement ou non déformer ses réponses, en l'accentuant si pour lui c'est une qualité nécessaire pour être un « bon médecin ». Edwards (1957) qui a été le premier à étudier ce phénomène pense que les répondants ont plutôt tendance à le faire de façon non consciente (12) p. 113.

Ce biais peut être déclenché par la nature personnelle des questions. La nature des questions (sujets sensibles ou personnels) fait partie avec la présence d'un enquêteur des deux facteurs déclenchant ce biais d'après Nass et al. (73). Notre questionnaire évalue personnellement les internes : leur empathie, leur état de bien-être, etc. Et certains étudiants ont d'ailleurs avoué être gênés de répondre à certaines questions.

Ce biais de désirabilité sociale n'est pas en effet présent seulement lors d'une enquête « papier-crayon » : « *si pour de nombreux auteurs, la passation sur ordinateur confère un sentiment d'intimité et d'anonymat qui favorise les réponses sincères et réduit le biais de désirabilité sociale (Martin et Nagao, 1989), d'autres soulignent au contraire que l'administration par ordinateur réduit le sentiment d'anonymat car les sujets anticipent le fait que leurs réponses vont être identifiées, vérifiées et stockées dans une base de données (Lautenschlager et Flaherty, 1990)* ». (ibid.)

R. Butori et B. Parguel ont étudié, dans un travail de recherche, l'impact du mode de collecte des données et l'attractivité de l'enquêteur. Elles mettent en évidence l'effet combiné d'un enquêteur attractif au moyen d'une photographie (jeune, souriant, proche de la population étudiée) et du mode de collecte du questionnaire en ligne sur le biais de désirabilité sociale. En effet, le biais de désirabilité sociale est plus élevé par rapport à un enquêteur moins attractif (73). Nous n'avons pas mis de photographie sur notre site, mais nous sommes allés

à la rencontre des étudiants, leur avons envoyé des mails de rappel où ils ont pu facilement s'identifier à nous : « *Une étude par des internes pour les internes* ». Cela nous a permis d'avoir un plus haut taux de réponses, mais cela a peut-être engendré des données de moins bonne qualité du fait d'un biais de désirabilité sociale augmenté.

De plus, dans le cas particulier des internes en médecine, ce biais pourrait également être augmenté par le fait que les médecins sont particulièrement sensibles aux jugements de leurs pairs et ont des difficultés à reconnaître leurs failles. Une des raisons de ce comportement viendrait de leur formation. « *Les jeunes médecins sont éduqués à la perfection et l'erreur est inacceptable, leurs maîtres sont des modèles infaillibles. La peur d'être découvert, jugé entraine un déni* »(74).

Artéfact du questionnement

L'artéfact du questionnement désigne « *l'erreur de mesure résultant de l'adoption d'un comportement de réponse spécifique par le répondant en situation de questionnement s'il croit avoir discerné, même partiellement l'objectif de ce questionnement* »(75).

Un interne pourrait, par exemple, avoir exagéré son ressenti d'anxiété ou de dépression s'il souhaite que les enquêteurs accordent plus d'intérêt au bien-être de l'interne.

5.2.2. Biais de mesure

Biais d'auto-évaluation

Concernant l'évaluation de l'empathie de l'interne envers le patient, il s'agit d'une auto-évaluation de l'interne. Mais cette empathie ressentie par l'interne peut être différente de l'empathie réellement appliquée et peut être différente de l'empathie ressentie par le patient.

En effet, certains auteurs se demandent si ces échelles d'auto-évaluation évaluent plus la compréhension de ce qu'est l'empathie plutôt que la faculté d'être en empathie (67). Ainsi la fiabilité de ses échelles pourrait être plus faible par rapport à une évaluation en pratique.

M. Hojat rapporte que lorsque son équipe a présenté des documents décrivant les résultats de leurs études sur l'empathie, quelques relecteurs se sont inquiétés du lien entre les scores de JSPE des médecins et leur réel comportement empathique (12), p. 111. Le lien entre attitude et comportement a été longtemps débattu. En effet, lorsqu'un individu est formé à une attitude théorique, il est plus enclin à en développer le comportement. M. Hojat conclut que plus un médecin aura un état d'esprit empathique élevé, plus il aura de chance de développer un comportement empathique : « *what is certain, however, is that a higher degree of empathic attitude, tendency, orientation, or capacity will increase the likelihood that these qualities will be manifested as empathic behavior...* ». Ainsi la JSPE mesure bien un comportement empathique (*ibid*), p. 112.

Analyse des données

Comme nous l'avons vu précédemment, l'utilisation d'un score global dans l'adaptation française de l'échelle JSPE de Zenasni et al. n'a pas été validée(53). Les résultats de l'empathie globale sont donc à interpréter avec prudence car le coefficient de Cronbach que nous avons calculé n'est pas satisfaisant.

L'analyse globale est tout de même importante si nous concevons l'empathie comme un concept multidimensionnel. L'analyse des déterminants selon chaque dimension est en revanche intéressante pour faire ressortir les variables plutôt associées à une dimension cognitive et celles associées à une dimension affective.

Analyse transversale

Enfin, nous devons rappeler que nous avons réalisé une analyse transversale, qui recherche un lien entre l'empathie et les différentes variables, mais qui ne permet pas d'établir de lien de causalité.

5.3. Comparaison aux données de la littérature

Cette étude est une première en France car aucune étude quantitative n'a jusqu'ici recherché les facteurs déterminant l'empathie chez les internes.

5.3.1. *Un taux d'empathie élevé*

Les internes ont une empathie globale élevée, si on se réfère au score global de la JSPE. Ce taux élevé peut probablement être expliqué par notre population. Plusieurs études retrouvent une association entre l'empathie et le type de spécialité. L'empathie est plus élevée chez les étudiants choisissant des spécialités orientées vers le patient (76,77). Ainsi ce serait déjà les étudiants qui ont l'empathie la plus élevée qui choisiraient la spécialité de médecine générale.

De plus, un score élevé d'empathie est plutôt cohérent avec les autres études chez les étudiants en médecine mais toutes les études n'utilisent pas la même échelle.

Nous pouvons comparer ce score avec deux études qui ont utilisé l'échelle JSPE chez des internes en médecine.

Mangione et al., en 2002, réalisent une étude chez 116 internes de médecine interne aux États Unis(78). Le score global d'empathie est en première année de 117,5 (ET= 12,4) et en troisième année de 113,5 (ET=10,8). Les scores sont assez proches.

Austin et al., en 2007 à Edinbourg, retrouvent un score d'empathie globale de 81,46 (ET=7,55) pour les hommes et de 81,91 (ET=8,34) pour les femmes chez les étudiants de

cinquième année (79). Cette différence de niveau s'explique probablement par la diversité des internes recrutés. En effet, ces internes ne sont pas tous dans une spécialité de soins primaires mais en spécialité médicale, chirurgicale ou générale.

Concernant les trois dimensions, nous remarquons qu'elles ont aussi une répartition centrée sur des scores élevés. Si nous comparons ces résultats à ceux observés chez des médecins généralistes, résultats décrits dans le travail de thèse de Céline Buffel du Vaure, nous notons qu'ils sont légèrement moins élevés (80).

	m(ET) IMG	m(ET) Médecins généralistes
Prise de Perspective	50,86(7,41)	53,13(7,87)
Compréhension Émotionnelle	43,72(5,68)	49,66(5,02)
« Se Mettre à la Place du Patient »	9,69(2,46)	10,83(2,41)

IMG= Internes de médecine générale, m=moyenne, ET=écart-type

Dans ce travail, la population des médecins généralistes comporte beaucoup de médecins « formateurs », cette population est probablement déjà plus sensibilisée à la question relation médecin-patient (*ibid.*).

5.3.2. **Empathie et facteurs sociodémographiques**

5.3.2.1. Empathie et sexe

Contrairement à de nombreuses études chez des étudiants en médecine, nous ne retrouvons pas d'association entre l'empathie et le sexe (77,81–84). Les auteurs de ces études retrouvent des taux d'empathie plus élevés chez les femmes. En effet pour M. Hojat, « *les femmes sont dotées d'une plus grande capacité empathique que les hommes ne le sont parce qu'elles présentent une plus grande sensibilité aux stimuli sociaux et aux signaux émotionnels, ce à un âge plus jeune, et parce que leur orientation sur les soins résultent de l'évolution de l'histoire et de l'apprentissage social* » (12), p. 141.

Céline Buffel du Vaure, qui ne retrouve pas, comme nous, cette association entre l'empathie et le sexe explique que cela serait lié à une différence de culture avec les Nord-Américains (80). Elle note, en effet, que M. Di Lillo ne retrouve pas non plus d'association entre le genre et l'empathie et elle relève que parmi les différentes traductions de l'échelle JSPE, c'est la version italienne qui est la plus proche géographiquement et culturellement de la France.

Une autre hypothèse est que cette différence n'a pas pu être mise en évidence devant la répartition disproportionnée homme/femme de notre échantillon. En effet, les femmes représentent 3/4 des effectifs.

5.3.2.2. Empathie et âge

Nous ne retrouvons pas non plus d'association entre l'empathie et l'âge. Ces résultats sont cohérents avec ceux retrouvés dans la littérature (43,50,85).

5.3.2.3. Empathie et statut marital

Concernant le statut marital, il n'est pas non plus retrouvé de lien avec l'empathie. Il n'est pas retrouvé d'étude chez les internes explorant spécifiquement la relation amoureuse.

Chez les médecins généralistes, Zenasni et al. retrouvent en revanche un lien avec la compréhension émotionnelle (53). L'auteur explique que cette dimension affective de l'empathie est également une dimension sociale qui peut favoriser l'entente et l'intérêt mutuel dans la vie conjugale. Notre population étant plus jeune, cette dimension n'est peut-être pas encore très développée.

5.3.2.4. Empathie et profession des parents

Enfin, le fait d'avoir des parents avec une profession de type social ou non n'influe pas sur l'empathie. Cette constatation n'a pas pu être reliée à des études antérieures.

5.3.3. **Empathie et loisirs**

Un lien est retrouvé entre l'empathie globale et la pratique sportive régulière. La pratique sportive pourrait être un facteur lié à l'empathie en augmentant le bien-être et l'épanouissement personnel. En effet, certaines études montrent que le bien-être de l'interne influence l'empathie. Ainsi Shanafelt et al. retrouvent une association significative entre l'empathie cognitive et le bien-être lors d'une étude transversale réalisée chez des internes (86). En effet, un lien significatif est retrouvé entre un niveau de bien-être élevé et la dimension « *Perspective Taking* » de l'IRI.

5.3.4. Empathie et état anxieux ou dépressif

Dans notre étude, de nombreux internes présentent un score d'anxiété et de dépression élevé, mais il n'est pas retrouvé de lien significatif entre ces échelles et l'empathie.

Pourtant dans la littérature, certains liens ont déjà été évoqués ou retrouvés. En 2002, Bellini et al. montrent qu'un changement significatif d'humeur avec dépression et agressivité chez les étudiants est associé à une diminution du score d'empathie sur l'échelle d'IRI (87). Ils constatent, durant l'internat, un déclin significatif des dimensions « *Empathic Concern* » et *Personal Distress* » de l'IRI alors qu'ils observent une augmentation significative de l'état « *depression-dejection* » et « *anger-hostility* » (de l'échelle POMS). L'humeur pourrait donc influencer sur la composante affective de l'empathie, mais il n'est pas mesuré de corrélation directe entre l'empathie et l'état dépressif.

En 2007, Thomas et al. retrouvent la même tendance : un lien entre la dépression et l'empathie émotionnelle chez les femmes, mais ce n'est pas significatif (88).

5.3.5. Empathie et qualité de vie

Nous n'avons pas mis en évidence de lien entre l'empathie et le fait que les internes sont satisfaits de leur vie. En 2007, Thomas et al. ont montré qu'une haute qualité de vie d'un étudiant en médecine a un effet positif sur l'empathie émotionnelle sur l'échelle IRI (88). Or cet effet est significatif seulement chez les étudiants garçons. Cette différence est peut-être expliquée par la très grande majorité de femmes dans notre étude. Elle peut aussi s'expliquer par les différentes échelles de mesure utilisées, que ce soit celles sur la qualité de vie ou celles sur l'empathie. L'échelle utilisée dans leur étude, l'échelle LASA (Linear analog scale assessment) est une échelle exhaustive explorant la qualité de vie globale ainsi que la qualité de vie dans ces différents domaines (mental, physique, émotionnel, spirituel, activité sociale, soutien des proches et de la famille, fatigue, soucis financiers, soucis juridiques).

Nous remarquons que la variété des échelles utilisées ne facilite pas la comparaison des études. En effet, les échelles d'empathie peuvent mesurer une ou plusieurs dimensions de l'empathie et de façon plus ou moins prédominante. Or certains facteurs peuvent être plus ou moins liés à la dimension cognitive et/ou à la dimension affective. Par exemple dans ce cas, le lien est retrouvé seulement pour l'empathie émotionnelle et non pour l'empathie cognitive. Or l'échelle utilisée dans notre étude, l'échelle JSPE a été principalement créée pour explorer l'empathie cognitive ; ce qui peut, peut-être, également expliquer la différence des résultats.

5.3.6. *Empathie et épuisement professionnel*

Dans notre travail, nous trouvons un lien entre le burn out et l'empathie et nos résultats s'accordent avec ceux retrouvés dans la littérature(4,88–90). En effet en 2007, Thomas et al. démontrent un lien significatif entre le burn out et l'empathie chez les étudiants (88). En 2010, l'équipe de C. Brazeau réalise une étude transversale et montre aussi un lien significatif entre le burn out et l'empathie chez des étudiants de quatrième année (90).

Mais revenons sur le concept d'épuisement professionnel ou du burn out. Le burn out désigne aujourd'hui l'état d'une personne et le processus qui conduit à cet état. Eric Galam le définit ainsi : « *Le burn out ou syndrome d'épuisement professionnel, implique un processus progressif prolongé qui peut être rattaché à la dépression, au stress, ou encore à des maladies d'adaptation. Il résulte du dysfonctionnement des interactions d'un individu avec le contexte personnel et collectif de son exercice professionnel* » (91).

Le burn out est une pathologie de la relation d'aide et parfois une pathologie existentielle. Il s'agit d'un syndrome tridimensionnel. Ces trois dimensions qui ne sont pas forcément nécessaires au diagnostic sont :

- un épuisement émotionnel (EE) : il renvoie à une fatigue excessive qui concrètement se traduit par un manque de motivation et d'entrain au travail, une sensation que tout est difficile, voire insurmontable ;
- une tendance à dépersonnaliser les patients (DP) : les patients sont vus de manière impersonnelle, négative, détachée, voire cynique ;
- une réduction de l'accomplissement personnel (AP) : le soignant s'évalue négativement, se trouve incompetent et sans utilité pour ses patients, diminuant ainsi sa propre estime professionnelle et supportant donc moins les efforts requis pour surmonter son épuisement (*ibid.*).

Si nous détaillons les trois dimensions, nous trouvons une corrélation significative entre l'accomplissement personnel et toutes les dimensions de l'empathie. Ces résultats sont semblables à ceux de Thomas et al. (88). L'accomplissement personnel est corrélé à l'empathie émotionnelle et cognitive quel que soit le sexe. Concernant la dépersonnalisation, nous retrouvons un lien avec la Compréhension Emotionnelle et la dimension « Se Mettre à la Place » mais nous ne retrouvons pas de lien avec la dimension Prise de Perspective qui explore plus la composante cognitive de l'empathie. Chez Thomas et al., la corrélation entre la dépersonnalisation et l'empathie cognitive n'est pas significative chez les femmes.

La dépersonnalisation conduit à une déshumanisation de la relation à l'autre : le médecin soigne un organe avant de soigner l'homme ; le médecin devient incapable de

répondre aux besoins du patient, d'avoir un comportement empathique avec lui. De même pour l'accomplissement personnel, si celui-ci est faible, le médecin n'aura plus la volonté ni la capacité d'être empathique. Le burn out est donc un facteur de déclin de l'empathie chez les internes.

Cette relation entre burn out et empathie a été particulièrement étudiée par Zenasni et al. (15). Nous pouvons nous arrêter sur une de leurs hypothèses : l'empathie protège du burn out. En effet, d'après J. Halpern, l'empathie est associée à la satisfaction au travail et aide le médecin à trouver du sens dans son activité professionnelle. L'importance de l'empathie est alors capitale car le burn out touche près d'un interne de médecine générale sur deux en France (72).

Il est à noter qu'une thèse, issue du même projet Inter'life et actuellement en cours de rédaction, fait spécifiquement le point sur la relation burn out / empathie (92).

5.3.7. *Empathie et pratique professionnelle*

Aucun facteur lié à la pratique professionnelle en lien avec l'empathie n'apparaît dans ce travail. Il est plutôt intéressant de constater que ce n'est pas tant la charge de travail qui influe sur l'empathie, mais bien l'épuisement professionnel. Nous remarquons en effet que le nombre d'heures et le nombre de gardes n'influe pas sur l'empathie des internes.

Les études chez les internes français montrent que les internes ont un volume horaire élevé. Dans une étude nationale, plus de la moitié des internes travaillent plus de 50 heures par semaine (72). Dans notre population, les internes travaillent, effectivement, en moyenne 56 heures par semaine, gardes incluses.

Ce volume horaire élevé, ne correspondant pas aux directives européennes, la France a reçu dernièrement des menaces de sanction de la part de l'Union Européenne. Notre pays a finalement émis un décret relatif au temps du travail des internes, entré en application le 1er mai 2015 (93). Il plafonne à 48 heures par semaine le temps de travail des internes, gardes comprises.

Dans l'étude nationale citée ci-dessus, il est retrouvé un lien significatif entre le volume horaire élevé et le burn out (72). Nous nous sommes demandé si la charge de travail pouvait retentir de manière indirecte sur l'empathie par le biais de l'épuisement professionnel.

Camille Vauloup Soupault dans sa thèse d'exercice, a analysé les facteurs prédictifs du burn out dans notre population d'internes. Elle ne retrouve pas forcément la charge de travail comme facteur de risque et explique que « *bien souvent, ce n'est pas le fait de travailler beaucoup qui est facteur d'épuisement, mais le manque de reconnaissance de son travail* » Elle insiste sur la distinction entre la charge de travail quantitative (horaires chargés, nombreux patients) et la charge de travail qualitative (sensation de ne pas faire

correctement son travail). Pour elle, c'est cette charge de travail qualitative qui serait déterminante dans le burn out (94).

Restons prudents et ne soyons pas trop fixés sur des chiffres. Les abus d'horaires peuvent être préjudiciables, mais l'interne « *praticien en formation* » peut trouver plus d'agrément en exerçant 56 heures dans un climat de qualité plutôt que 48 heures dans un climat dépréciatif. La formation en stage, pratiquée à bon escient, est importante pour les internes et pourrait influencer positivement l'empathie comme nous allons le voir par la suite.

5.3.8. Empathie et formation

5.3.8.1. Empathie et curriculum « informel » et « caché »

De nombreuses études évoquent le curriculum caché ainsi que la formation informelle et leur influence sur l'empathie (77,81,83–85,88,95). Avant de revenir sur nos résultats arrêtons-nous tout d'abord sur les définitions de ces différents éléments du cursus médical.

Plusieurs articles citent les définitions de F. W. Hafferty (84,95) :

- Le « curriculum formel » correspond au programme d'étude prévu. Ce sont les cours théoriques et pratiques proposés aux étudiants.
- Le « curriculum informel » est l'enseignement non formalisé, principalement sous forme de relation interpersonnelle entre professeurs et étudiants. Il peut s'agir de discussions « de couloirs » données entre les cours magistraux, ou de formation donnée au lit du malade.
- Le « curriculum caché » est « *a set of influences that function at the level of organizational structure and culture* », l'ensemble d'influences qui ont lieu au niveau de la structure organisationnelle et de la culture. Il désigne « l'imprégnation » dans le milieu médical : les expériences vécues dans la pratique, la façon de réagir, de s'exprimer (verbalement ou non) des soignants et des enseignants, la façon de parler « des » et « aux » patients, de présenter des cas, la gestion du travail en équipe, etc. (96).

La distinction entre curriculum caché et informel n'est pas toujours faite pour les étudiants en médecine.

Nous avons essayé d'explorer les différents éléments du cursus dans notre étude, notamment la formation informelle en questionnant sur son importance dans l'apprentissage de la médecine, ainsi que sur la rencontre de modèles positifs.

Concernant le curriculum caché, nous n'avons pas pu spécifiquement l'étudier. En effet, celui-ci est très difficile à explorer dans une étude quantitative car il dépend beaucoup des expériences personnelles vécues par les étudiants qui ne peuvent pas forcément être généralisables.

A propos de la formation informelle, nombreux sont les internes à la trouver prédominante pour leur future pratique par rapport à leurs cours théoriques. Et cette formation informelle est corrélée de façon significative à l'empathie globale ainsi qu'à la Prise de Perspective.

Notre question sur cette formation informelle est malheureusement vague et effleure à peine toute la complexité de celle-ci. Nous pouvons cependant retenir l'importance du compagnonnage. Les internes de médecine générale ont aujourd'hui la chance d'être formés et accompagnés durant leur internat, et encore plus lors des stages effectués chez le médecin généraliste. Ce qui nous amène naturellement à la notion de « role models ». Les étudiants et les internes rencontrent au cours de leur cursus des médecins qui sont des exemples positifs dans l'exercice de leur pratique, dans leur relation avec les patients, etc. Ces modèles positifs peuvent avoir de l'influence sur l'apprentissage et le développement d'attitudes professionnelles et de l'empathie chez les étudiants (97). Cependant si ces modèles sont importants, ils ne sont pas forcément suffisants, ce qui pourrait peut-être expliquer l'absence de lien significatif avec l'empathie dans notre étude. De plus, nous avons une distribution ciblée sur des scores élevés concernant la rencontre de modèles positifs au cours de leur cursus. En effet, nombreux sont les étudiants à avoir rencontré de fréquents modèles positifs, ce qui a peut-être faussé les résultats. Pour avoir une meilleure distribution, nous aurions probablement dû être plus précis dans la question sur les modèles positifs : nous aurions dû, par exemple, poser ceci : « Avez-vous rencontré de fréquents modèles positifs de comportement empathique au cours de vos études ? »

Dans la revue de la littérature de Neumann et al. sur le déclin de l'empathie, les auteurs pointent dans les études l'importance de la détresse émotionnelle des étudiants ou des résidents qui serait en grande partie liée au curriculum caché (4). Ils évoquent les mauvais traitements infligés par les supérieurs ou les mentors (dénigrement, humiliation, harcèlement sexuel), mais aussi le manque de soutien ou la charge de travail élevée associée au manque de sommeil et de détente. Il est également mentionné la vulnérabilité des étudiants en médecine et des résidents : les étudiants ont un enthousiasme, des valeurs d'idéalisme et d'humanité en début d'études, mais ils sont ensuite confrontés à la réalité pratique (mort, souffrance) et leur centres d'intérêt se détournent parfois uniquement vers la technologie au détriment de la personne.

Pour Neumann et al., le curriculum informel peut également être impliqué dans une diminution de l'empathie, à cause d'un temps de séjour du patient plus court, d'un environnement d'étude inadéquat ou de modèles insuffisants.

Ces auteurs ont réalisé un schéma de synthèse reprenant toutes les causes possibles du déclin de l'empathie.

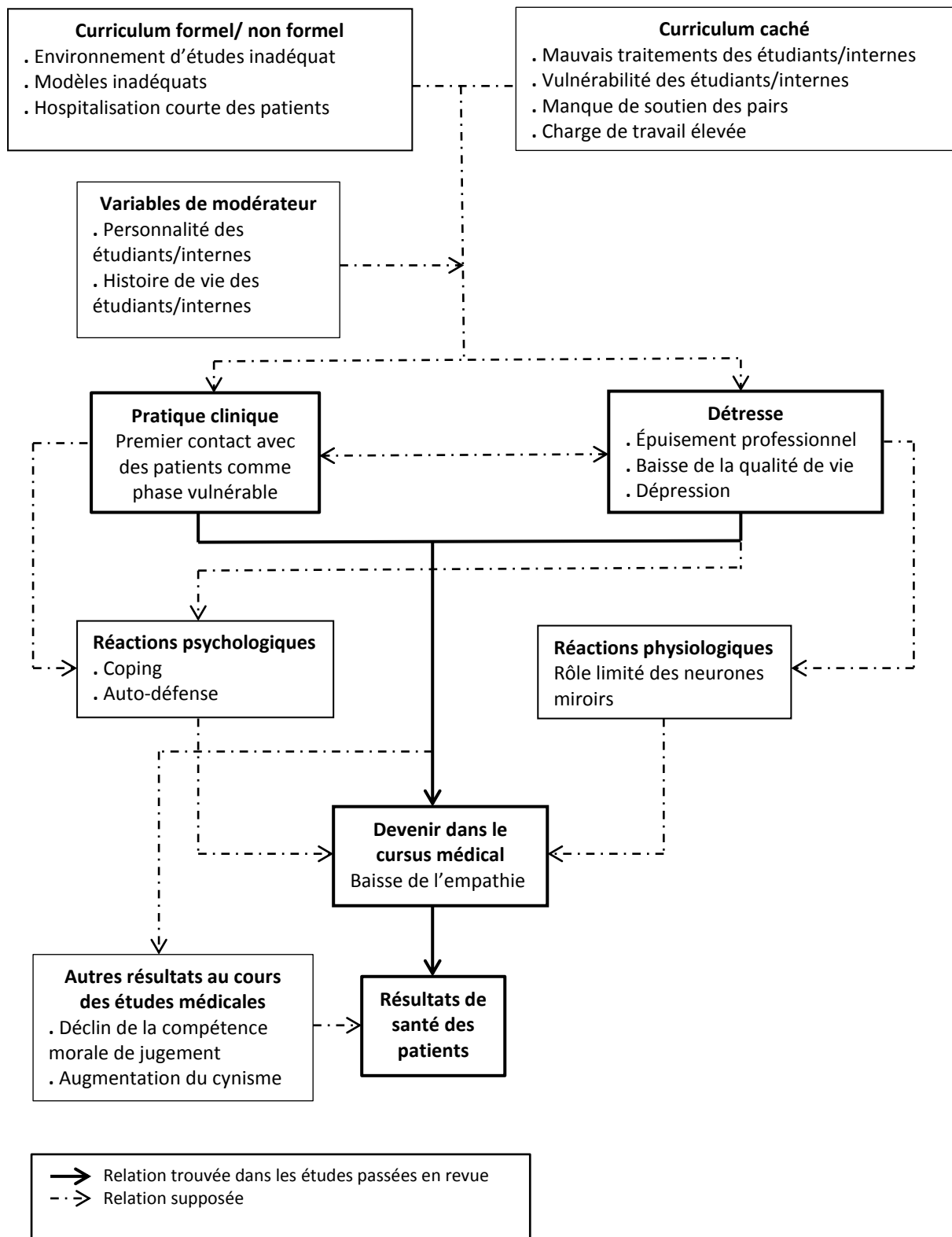


Figure 13 : Schéma des raisons participant à la baisse de l'empathie durant les études de médecine.

Nous n'avons pas pu explorer le curriculum caché, mais à propos de la formation informelle nos résultats évoquent, au contraire de Neumann et al., un aspect positif de celle-ci. Dans une analyse qualitative récente, les médecins abondent dans notre sens : ils décrivent les interactions avec les patients comme un facteur de développement de l'empathie (98). Les auteurs évoquent la possibilité que, dans la revue de la littérature de Neumann, le contact-patient ne soit pas seul en cause, mais un contact-patient associé à des circonstances stressantes.

En tout cas, l'idée commune est que la formation informelle des étudiants et des internes en médecine influe sur leur empathie ; une vigilance est donc à apporter dans cette formation pour que cette influence soit positive.

5.3.8.2. Empathie et curriculum « formel »

La formation à la relation médecin-malade

Nous avons recherché un lien entre l'empathie et la formation à la relation médecin-malade. En effet, nous concevons l'empathie comme une compétence et nous avons supposé qu'elle puisse être améliorée par la formation initiale des médecins. Il est important de définir le type de formation formelle qui développe cette compétence.

Il est tout d'abord à noter, concernant la formation médecin-malade, que quasiment un tiers des internes n'en n'auraient pas bénéficié. Si nous considérons que la relation médecin-malade est capitale dans notre métier, ce quota reste trop élevé. Mais, par ailleurs, nous ne mettons pas en évidence de lien significatif entre l'empathie et cette formation médecin-malade ; ce qui est cohérent avec certaines recherches antérieures (99).

Pour les internes concernés par notre étude, leur formation médecin-malade n'a, pas toujours, de caractère d'obligation et, parfois, n'est uniquement donnée que sous forme théorique. Cette formation n'est peut-être pas encore assez ciblée vers une compréhension empathique du patient.

En effet, lorsque l'objectif de la formation est spécifiquement le développement de l'empathie, les études récentes sont plutôt positives.

En 2014, Kelm et al. étudient la littérature existante concernant des interventions quantitativement évaluées qui cherchent à cultiver l'empathie parmi les étudiants en médecine, les internes et les médecins (58). Ils ont inclus soixante-quatre études plutôt récentes car la majorité est réalisée dans les dix dernières années. Plus de la moitié des études concerne des étudiants en médecine. 66% des études présentent une augmentation significative de l'empathie.

Cette méta-analyse montre la diversité des types d'interventions, celles-ci sont classées par les auteurs en plusieurs groupes :

- un groupe de vingt études avec une « *formation de techniques de communication* » : à l'intérieur de ces études, on retrouve un grand choix de type d'interventions avec des cours magistraux, des travaux dirigés ou des ateliers pratiques et plusieurs types de matériel didactique (enregistrement vidéo au audio, photocopies, etc.) ;
- un groupe de sept études avec des interventions par « *jeux de rôle* », qui correspond typiquement à l'apprentissage par l'expérience ;
- un groupe de six études avec une formation type « *sciences humaines* », comprenant « *reflective writing* » une réflexion écrite, un cours de littérature et du théâtre ;
- un groupe comprenant deux études avec une formation à l'entretien motivationnel, trois études avec la formation Balint, deux études avec la « *MBSR = mindfulness-based stress reduction* » ou la « *réduction du stress basée sur la pleine conscience* » qui est un programme de méditation, une étude avec un apprentissage par problèmes (APP) ou apprentissage par résolution de problèmes ou « *Problem Based Learning* » qui se concentre sur l'empathie et la communication ;
- un groupe intitulé « autres » regroupant vingt-trois études ne pouvant être classées. Souvent elles présentent plusieurs types d'intervention.

Les auteurs, devant des résultats aussi importants, décident de réaliser un échantillon d'études de haute qualité, c'est-à-dire des études avec groupe contrôle, randomisées, et des moyens de mesure fiables et valides. Ils effectuent donc une évaluation qualitative et retiennent dix études. Ces dix études montrent toutes une augmentation significative de l'empathie après l'intervention ou un résultat mixte. Sept études sont réalisées chez des étudiants ou des internes.

Il faut noter que certaines formations sont intensives. Si nous prenons l'exemple de l'étude réalisée par Bonvicini et al., cette formation inclue trois ateliers de six heures, fortement interactifs avec des brèves présentations, des jeux de rôles, des analyses vidéo et des apprentissages par l'expérience. Chaque atelier est suivi d'un entraînement individuel et le temps entre les sessions permet aux médecins formés de mettre en pratique ce qu'ils ont appris (57).

Ces auteurs insistent sur l'importance d'une formation à multiples facettes et des sessions répétées. Ces dernières permettent avec l'entraînement individuel de consolider l'acquisition de la compétence et renforce le changement du comportement.

Ainsi nous constatons qu'une intervention ciblée peut augmenter l'empathie parmi les médecins et les étudiants et qu'un grand choix de moyens peut être utilisé. Ces résultats sont plutôt encourageants pour nous pousser à trouver la formation formelle la plus efficace possible sur l'empathie, afin de développer cet aspect si important dans la relation médecin-patient.

Conclusion

À l'heure des technologies de pointe, la reconnaissance de la dimension psychosociale de la médecine est un véritable enjeu. L'« *Evidence-Based Medicine* » (EBM) qui est « *the integration of individual clinical expertise with the best available external evidence and patient's values and expectations* » (100) est de rigueur. Le médecin doit utiliser les meilleurs résultats de recherche actuels, tout en tenant compte des besoins et des attentes du patient. La décision médicale est partagée ; la relation médecin-malade est donc au centre de notre métier et nous devons apprendre à écouter nos patients.

L'empathie, reconnue aujourd'hui comme une des clés de cette relation médecin-malade, est encore un objectif pédagogique parfois difficile à atteindre. En effet, l'empathie a tendance à baisser au cours des études médicales. Cette tendance peut inquiéter, étant donnée l'influence positive de l'empathie clinique sur la santé du patient.

Ce travail a donc visé à rechercher les facteurs prédictifs d'empathie chez les internes en médecine générale.

Nous avons mis en évidence que le « curriculum informel » est lié à l'empathie globale ainsi qu'à la Prise de Perspective. La formation en stage et le contact avec le patient pourraient alors influencer positivement l'empathie. Il faut donc optimiser cette formation et notamment l'accompagnement des internes par des « *role models* » empathiques.

Nous avons aussi souligné l'impact négatif de l'état d'épuisement professionnel sur l'empathie. Les composantes du burn out sont en effet associées à toutes les dimensions de l'empathie : la dépersonnalisation et l'accomplissement personnel pour l'empathie globale, la Compréhension Émotionnelle et la dimension « Se Mettre à la Place » ; et seulement l'accomplissement personnel pour la Prise de Perspective. Étonnamment, la charge de travail, en particulier le volume horaire élevé, reconnu comme un des facteurs de risque du burn out, n'influe pas sur l'empathie. L'hypothèse de l'influence prédominante du climat dépréciatif dans le travail par rapport au temps passé peut expliquer ce résultat.

Le développement du bien-être de l'interne est également mis en avant par le biais d'un lien significatif entre la pratique sportive régulière et une meilleure empathie globale. Ce lien est à interpréter avec prudence du fait de la limite de l'outil sur le score global de l'empathie.

Enfin, nous pouvons rappeler que des études récentes de formation spécifique visant à améliorer l'empathie sont plutôt encourageantes.

Les départements de médecine générale doivent donc continuer leurs efforts dans la formation des internes et veiller à la réduction de leur état d'épuisement professionnel, notamment en favorisant l'intégration de ces internes dans des stages de qualité et la reconnaissance de leur travail à sa juste valeur.

Des études complémentaires peuvent être réalisées, telle qu'une recherche approfondie sur la relation entre le stress/coping et l'empathie. Et des études d'évaluation de nouvelles formations spécifiques à l'amélioration de l'empathie peuvent également être mises en place.

En 2012, M. Hojat disait : « *We have a long way to travel in the uncharted world of empathy in patient care* » (101). Même si, aujourd'hui, un long chemin a déjà été parcouru, il importe de poursuivre encore la recherche sur l'empathie clinique. N'oublions pas que l'objectif final de ces travaux est d'améliorer sans cesse la santé des patients et le bien-être des médecins.

Bibliographie

1. Balint M. Le médecin, son malade et la maladie. Payot et Rivages. Paris; 1996.
2. Moreau A, Boussageon R, Girier P, Figon S. Efficacité thérapeutique de “l’effet médecin” en soins primaires. Presse Médicale. 2006 Juin;35(6):967–73.
3. Labarère J, Sarrassat L, Hauzanneau P, Moreau A, Dedienne M. Attentes et perceptions de la qualité de la relation entre médecins et patients. Rev Prat Med Gen. 2004;18(674):1495–8.
4. Neumann M, Edelhäuser F, Tauschel D, Fischer MR, Wirtz M, Woopen C, et al. Empathy decline and its reasons: a systematic review of studies with medical students and residents. Acad Med J Assoc Am Med Coll. 2011 Aug;86(8):996–1009.
5. Diseker RA, Michielutte R. An analysis of empathy in medical students before and following clinical experience. J Med Educ. 1981 Dec;56(12):1004–10.
6. Jorland G. L’empathie, histoire d’un concept. L’Empathie. Odile Jacob. Paris; 2004. p. 19–49.
7. Decety J. L’empathie est-elle une simulation mentale de la subjectivité d’autrui ? L’Empathie. Odile Jacob. Paris; p. 53–88.
8. Pacherie E. L’empathie et ses degrés. L’Empathie. Odile Jacob. Paris; 2004. p. 149–81.
9. Maurice E. Aux origines de l’empathie. Ovidia. Nice; 2009.
10. Sanford R, Stora N, Ducroux-Biass F. Le regard positif inconditionnel : une manière d’être mal comprise. Approche Centrée Sur Pers Prat Rech. 2009;9(1):11.
11. Rogers C. Psychothérapie et relations humaines. Théorie de la thérapie centrée sur la personne. Issy-les-Moulineaux: ESF; 2009.
12. Hojat M. Empathy in Patient Care : Antecedents, Development, Measurement, And Outcomes. 1er éd. Springer-Verlag New York Inc. 2006.
13. Halpern J. What is clinical empathy? J Gen Intern Med. 2003 Aug;18(8):670–4.
14. Stepien KA, Baernstein A. Educating for empathy. A review. J Gen Intern Med. 2006 May;21(5):524–30.
15. Zenasni F, Boujut E, Woerner A, Sultan S. Burnout and empathy in primary care: three hypotheses. Br J Gen Pract. 2012 Jul 1;62(600):346–7.
16. Consoli SM. Alliance thérapeutique. Ann Endocrinol. 2006 décembre;67(6):645–7.

17. Consoli SM. Relation médecin-malade. EMC- AKOS Traité Médecine. 1998;1–8.
18. Balez R, Berthou C, Carpentier F-G. Annoncer un lymphome : l'empathie dans la formation des étudiants en médecine. *Psycho-Oncol*. 2014;8:29–36.
19. Vedsted P, Heje HN. Association between patients' recommendation of their GP and their evaluation of the GP. *Scand J Prim Health Care*. 2008;26(4):228–34.
20. Neumann M, Bensing J, Mercer S, Ernstmann N, Ommen O, Pfaff H. Analyzing the "nature" and "specific effectiveness" of clinical empathy : a theoretical overview and contribution towards a theory-based research agenda. *Patient Educ Couns*. 2009 Mar;74(3):339–46.
21. Derksen F, Bensing J, Lagro-Janssen A. Effectiveness of empathy in general practice: a systematic review. *Br J Gen Pract J R Coll Gen Pract*. 2013 Jan;63(606):e76–84.
22. Hojat M, Louis DZ, Maxwell K, Markham FW, Wender RC, Gonnella JS. A brief instrument to measure patients' overall satisfaction with primary care physicians. *Fam Med*. 2011 Jun;43(6):412–7.
23. Van Dulmen S, van den Brink-Muinen A. Patients' preferences and experiences in handling emotions : a study on communication sequences in primary care medical visits. *Patient Educ Couns*. 2004 Oct;55(1):149–52.
24. Levinson W, Roter D. Physicians' psychosocial beliefs correlate with their patient communication skills. *J Gen Intern Med*. 1995 Jul;10(7):375–9.
25. Buszewicz M, Pistrang N, Barker C, Cape J, Martin J. Patients' experiences of GP consultations for psychological problems : a qualitative study. *Br J Gen Pract J R Coll Gen Pract*. 2006 Jul;56(528):496–503.
26. Hojat M, Louis DZ, Markham FW, Wender R, Rabinowitz C, Gonnella JS. Physicians' empathy and clinical outcomes for diabetic patients. *Acad Med J Assoc Am Med Coll*. 2011 Mar;86(3):359–64.
27. Rakel D, Barrett B, Zhang Z, Hoeft T, Chewning B, Marchand L, et al. Perception of empathy in the therapeutic encounter : effects on the common cold. *Patient Educ Couns*. 2011 Dec;85(3):390–7.
28. Mercer SW, Neumann M, Wirtz M, Fitzpatrick B, Vojt G. General practitioner empathy, patient enablement, and patient-reported outcomes in primary care in an area of high socio-economic deprivation in Scotland - A pilot prospective study using structural equation modeling. *Patient Educ Couns*. 2008 Nov;73(2):240–5.
29. Neumann M, Wirtz M, Bollschweiler E, Mercer SW, Warm M, Wolf J, et al. Determinants and patient-reported long-term outcomes of physician empathy in oncology : a structural equation modelling approach. *Patient Educ Couns*. 2007 Dec;69(1-3):63–75.

30. Kim SS, Kaplowitz S, Johnston MV. The effects of physician empathy on patient satisfaction and compliance. *Eval Health Prof.* 2004 Sep;27(3):237–51.
31. Larson EB, Yao X. Clinical empathy as emotional labor in the patient-physician relationship. *JAMA.* 2005 Mar 2;293(9):1100–6.
32. Maguire P, Faulkner A, Booth K, Elliott C, Hillier V. Helping cancer patients disclose their concerns. *Eur J Cancer Oxf Engl* 1990. 1996 Jan;32A(1):78–81.
33. Price S, Mercer SW, MacPherson H. Practitioner empathy, patient enablement and health outcomes : a prospective study of acupuncture patients. *Patient Educ Couns.* 2006 Oct;63(1-2):239–45.
34. Del Canale S, Louis DZ, Maio V, Wang X, Rossi G, Hojat M, et al. The relationship between physician empathy and disease complications : an empirical study of primary care physicians and their diabetic patients in Parma, Italy. *Acad Med J Assoc Am Med Coll.* 2012 Sep;87(9):1243–9.
35. MacPherson H, Mercer SW, Scullion T, Thomas KJ. Empathy, enablement, and outcome : an exploratory study on acupuncture patients' perceptions. *J Altern Complement Med N Y N.* 2003 Dec;9(6):869–76.
36. Bikker AP, Mercer SW, Reilly D. A pilot prospective study on the consultation and relational empathy, patient enablement, and health changes over 12 months in patients going to the Glasgow Homoeopathic Hospital. *J Altern Complement Med N Y N.* 2005 Aug;11(4):591–600.
37. Hogan R. Development of an empathy scale. *J Consult Clin Psychol.* 1969 Jun;33(3):307–16.
38. Davis MH. Measuring individual differences in empathy : Evidence for a multidimensional approach. *J Pers Soc Psychol.* 1983;44(1):113–26.
39. Jolliffe D, Farrington DP. Development and validation of the Basic Empathy Scale. *J Adolesc.* 2006 Aug;29(4):589–611.
40. Mehrabian A, Epstein N. A measure of emotional empathy. *J Pers.* 1972;40(4):525–43.
41. Hemmerdinger JM, Stoddart SDR, Lilford RJ. A systematic review of tests of empathy in medicine. *BMC Med Educ.* 2007;7:24.
42. Hojat M, Gonnella JS, Nasca TJ, Mangione S, Veloksi JJ, Magee M. The Jefferson Scale of Physician Empathy : further psychometric data and differences by gender and specialty at item level. *Acad Med J Assoc Am Med Coll.* 2002 Oct;77(10 Suppl):S58–60.
43. Hojat M, Gonnella JS, Nasca TJ, Mangione S, Vergare M, Magee M. Physician empathy : definition, components, measurement, and relationship to gender and specialty. *Am J Psychiatry.* 2002 Sep;159(9):1563–9.

44. Lelorain S, Sultan S, Zenasni F, Catu-Pinault A, Jaury P, Boujut E, et al. Empathic concern and professional characteristics associated with clinical empathy in French general practitioners. *Eur J Gen Pract*. 2013 Mar;19(1):23–8.
45. Hojat M, Mangione S, Kane GC, Gonnella JS. Relationships between scores of the Jefferson Scale of Physician Empathy (JSPE) and the Interpersonal Reactivity Index (IRI). *Med Teach*. 2005 Nov;27(7):625–8.
46. Mercer SW, Maxwell M, Heaney D, Watt GC. The consultation and relational empathy (CARE) measure : development and preliminary validation and reliability of an empathy-based consultation process measure. *Fam Pract*. 2004 Dec;21(6):699–705.
47. Kane GC, Gotto JL, Mangione S, West S, Hojat M. Jefferson Scale of Patient's Perceptions of Physician Empathy : preliminary psychometric data. *Croat Med J*. 2007 Feb;48(1):81–6.
48. Berg K, Majdan JF, Berg D, Veloski J, Hojat M. A comparison of medical students' self-reported empathy with simulated patients' assessments of the students' empathy. *Med Teach*. 2011;33(5):388–91.
49. Glaser KM, Markham FW, Adler HM, McManus PR, Hojat M. Relationships between scores on the Jefferson Scale of physician empathy, patient perceptions of physician empathy, and humanistic approaches to patient care : a validity study. *Med Sci Monit Int Med J Exp Clin Res*. 2007 Jul;13(7):CR291–4.
50. Kataoka HU, Koide N, Ochi K, Hojat M, Gonnella JS. Measurement of empathy among Japanese medical students : psychometrics and score differences by gender and level of medical education. *Acad Med J Assoc Am Med Coll*. 2009 Sep;84(9):1192–7.
51. Di Lillo M, Cicchetti A, Lo Scalzo A, Taroni F, Hojat M. The Jefferson Scale of Physician Empathy : preliminary psychometrics and group comparisons in Italian physicians. *Acad Med J Assoc Am Med Coll*. 2009 Sep;84(9):1198–202.
52. Shariat SV, Eshtad E, Ansari S. Empathy and its correlates in Iranian physicians : A preliminary psychometric study of the Jefferson Scale of Physician Empathy. *Med Teach*. 2010;32(10):e417–21.
53. Zenasni F, Boujout E, Buffel du Vaure C, Catu-Pinault A, Tavani JL, Rigal L, et al. Development of a French-language version of the Jefferson Scale of Physician Empathy and association with practice characteristics and burnout in a sample of General Practitioners. *Int J Pers Centered Med*. 2(4):759–66.
54. Lin H-C, Xirasagar S, Laditka JN. Patient perceptions of service quality in group versus solo practice clinics. *Int J Qual Health Care J Int Soc Qual Health Care ISQua*. 2004 Dec;16(6):437–45.

55. Carmel S, Glick SM. Compassionate-empathic physicians : personality traits and social-organizational factors that enhance or inhibit this behavior pattern. *Soc Sci Med* 1982. 1996 Oct;43(8):1253–61.
56. Fallowfield L, Jenkins V, Farewell V, Saul J, Duffy A, Eves R. Efficacy of a Cancer Research UK communication skills training model for oncologists : a randomised controlled trial. *Lancet*. 2002 Feb 23;359(9307):650–6.
57. Bonvicini K, Perlin M, Bylund C, Carroll G, Rouse R, Goldstein M. Impact of communication training on physician expression of empathy in patient encounters. *Patient Educ Couns*. 2009 Apr;75:3–10.
58. Kelm Z, Womer J, Walter JK, Feudtner C. Interventions to cultivate physician empathy : a systematic review. *BMC Med Educ*. 2014;14(1):219.
59. Medical Professionalism Project. Medical professionalism in the new millennium : a physicians' charter. *Lancet*. 2002 Feb 9;359(9305):520–2.
60. Sérén D. Le professionnalisme médical pour le nouveau millénaire : une charte pour les praticiens. *Pédagogie Médicale*. 2004;5:43–5.
61. Epstein RM, Hundert EM. Defining and assessing professional competence. *JAMA J Am Med Assoc*. 2002 Jan 9;287(2):226–35.
62. Compagnon L, Bail P, Huez J, Stalnikiewicz B, Ghasarossian C, Zerbib Y, et al. Définition et description des compétences en médecine générale. *Exercer*. 2013;108:148–55.
63. The Medical School Objectives Writing Group : Learning Objectives for Medical Student Education - Guidelines for Medical Schools: Report I of the Medical School Objectives Project. *Acad Med*. 1999;(74):13–8.
64. Frank JR, Danoff D. The CanMEDS initiative : implementing an outcomes-based framework of physician competencies. *Med Teach*. 2007 Jan 1;29(7):642–7.
65. OMS Bureau régional pour l'Europe. Éducation thérapeutique du patient. Programmes de formation continue pour professionnels de soins dans le domaine de la prévention des maladies chroniques. Recommandations d'un groupe de travail de l'OMS. 1998 ; p. 88.
66. JORF no 0095 du 23 avril 2013, Texte n°30, arrêté du 8 avril 2013 relatif au régime des études en vue du premier et du deuxième cycle des études médicales, NOR: ESR51308333A.
67. Colliver JA, Conlee MJ, Verhulst SJ, Dorsey JK. Reports of the decline of empathy during medical education are greatly exaggerated : a reexamination of the research. *Acad Med J Assoc Am Med Coll*. 2010 Apr;85(4):588–93.

68. Blais M, Vallerand R, Pelletier L, Brière N. L'échelle de satisfaction de vie : Validation canadienne-française du "Satisfaction With Life Scale." *Rev Can Sci Comport.* 1989;2(21):210–23.
69. Lepine JP, Godchau M, Brun P. Anxiety and depression in inpatients. *Lancet.* 1985 Dec 21;2(8469-70):1425–6.
70. Dion G, Tessier R. Validation de la traduction de l'inventaire d'épuisement professionnel de Maslasch et Jackson. *Rev Can Sci Comp.* 1994;(26):210–27.
71. Thevenet M. Analyse du burn out chez les internes de médecine générale sur la base d'une étude comparative entre l'Ile de France et le Languedoc Roussillon. Université de Paris 6; 2011.
72. Galam E, Komly V, Le Tourneur A, Jund J. Burnout among French GPs in training : a cross-sectional study. *Br J Gen Pract.* 2013 Mar 1;63(608):217–24.
73. Butori R, Parguel B. Les biais de réponse - Impact du mode de collecte des données et de l'attractivité de l'enquêteur. AFM, 2010, France. <halshs-00636228>.
74. Vallée J, Charles R. Approche pédagogique des erreurs médicales au cours de l'internat de médecine générale. *Exercer.* 2008;19(83):111–6.
75. Herbert M. Que se passe-t-il lorsque les répondants à un questionnaire tentent de deviner l'objectif de recherche ? Le biais du répondant : conceptualisation, mesure et étude d'impact. Actes du congrès de l'AFM. Aix-les-Bains; 2007.
76. Hojat M, Zuckerman M, Magee M, Mangione S, Nasca T, Vergare M, et al. Empathy in medical students as related to specialty interest, personality, and perceptions of mother and father. *Personal Individ Differ.* 2005 Nov;39(7):1205–15.
77. Chen D, Lew R, Hershman W, Orlander J. A cross-sectional measurement of medical student empathy. *J Gen Intern Med.* 2007 Oct;22(10):1434–8.
78. Mangione S, Kane GC, Caruso JW, Gonnella JS, Nasca TJ, Hojat M. Assessment of empathy in different years of internal medicine training. *Med Teach.* 2002 Jul;24(4):370–3.
79. Austin EJ, Evans P, Magnus B, O'Hanlon K. A preliminary study of empathy, emotional intelligence and examination performance in MBChB students. *Med Educ.* 2007 Jul;41(7):684–9.
80. Buffel du Vaure C. Déterminants de l'empathie clinique des Médecins Généralistes et de leur pratique. Thèse d'exercice. Université Paris Descartes (Paris 5); 2012.
81. Hojat M, Vergare MJ, Maxwell K, Brainard G, Herrine SK, Isenberg GA, et al. The devil is in the third year : a longitudinal study of erosion of empathy in medical school. *Acad Med J Assoc Am Med Coll.* 2009 Sep;84(9):1182–91.

82. Kliszcz J, Hebanowski M, Rembowski J. Emotional and cognitive empathy in medical schools. *Acad Med J Assoc Am Med Coll.* 1998 May;73(5):541.
83. Stratton TD, Saunders JA, Elam CL. Changes in medical students' emotional intelligence : an exploratory study. *Teach Learn Med.* 2008 Sep;20(3):279–84.
84. Newton BW, Barber L, Clardy J, Cleveland E, O'Sullivan P. Is there hardening of the heart during medical school ? *Acad Med J Assoc Am Med Coll.* 2008 Mar;83(3):244–9.
85. Hojat M, Mangione S, Nasca TJ, Rattner S, Erdmann JB, Gonnella JS, et al. An empirical study of decline in empathy in medical school. *Med Educ.* 2004 Sep;38(9):934–41.
86. Shanafelt TD, West C, Zhao X, Novotny P, Kolars J, Habermann T, et al. Relationship between increased personal well-being and enhanced empathy among internal medicine residents. *J Gen Intern Med.* 2005 Jul;20(7):559–64.
87. Bellini LM, Baime M, Shea JA. Variation of mood and empathy during internship. *JAMA.* 2002 Jun 19;287(23):3143–6.
88. Thomas MR, Dyrbye LN, Huntington JL, Lawson KL, Novotny PJ, Sloan JA, et al. How do distress and well-being relate to medical student empathy ? A multicenter study. *J Gen Intern Med.* 2007 Feb;22(2):177–83.
89. Rosen IM, Gimotty PA, Shea JA, Bellini LM. Evolution of sleep quantity, sleep deprivation, mood disturbances, empathy, and burnout among interns. *Acad Med J Assoc Am Med Coll.* 2006 Jan;81(1):82–5.
90. Brazeau CMLR, Schroeder R, Rovi S, Boyd L. Relationships between medical student burnout, empathy, and professionalism climate. *Acad Med J Assoc Am Med Coll.* 2010 Oct;85(10 Suppl):S33–6.
91. Galam E. Souffrir de soigner. Une pathologie du travail et de la relation. *Concours Méd.* 2008;8(130):394–7.
92. Bazin L. Etude du lien de causalité entre empathie et burn out chez les internes de médecine générale d'Ile de France. Thèse d'exercice. Université Paris Descartes (Paris 5); en cours de rédaction.
93. Décret n° 2015-225 du 26 février 2015 relatif au temps de travail des internes. 2015-225 février, 2015.
<http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000030295642>
94. Vauloup-Soupault C. Facteurs prédictifs du burn out chez les internes de médecine générale d'Ile de France. Etude longitudinale. Thèse d'exercice. Université Paris Descartes (Paris 5); 2014.
95. West CP, Shanafelt TD. The influence of personal and environmental factors on professionalism in medical education. *BMC Med Educ.* 2007;7:29.

96. Marin E. Enseigner l'empathie en médecine ? Revue de la littérature et propositions d'outils pédagogiques. Thèse d'exercice. Université Claude Bernard Lyon 1; 2011.
97. Shapiro J. Walking a mile in their patients' shoes : empathy and othering in medical students' education. *Philos Ethics Humanit Med PEHM*. 2008;3:10.
98. Ahrweiler F, Neumann M, Goldblatt H, Hahn EG, Scheffer C. Determinants of physician empathy during medical education : hypothetical conclusions from an exploratory qualitative survey of practicing physicians. *BMC Med Educ*. 2014;14(1):122.
99. Woerner A. Empathie, burn out et caractéristiques sociodémographiques des médecins généralistes. Thèse d'exercice. Université Paris Descartes (Paris 5); 2013.
100. Sackett DL, Rosenberg WM, Gray JA, Haynes RB, Richardson WS. Evidence based medicine : what it is and what it isn't. *BMJ*. 1996 Jan 13;312(7023):71–2.
101. Hojat M. Viewpoint : Guiding Medical Students Toward Empathetic Patient Care. [Internet]. AAMC. 2012 [cited 2015 Apr 15]. Available from: <https://www.aamc.org/newsroom/reporter/june2012/285314/viewpoint.html>

Annexe n°1 : Flyer de l'étude Intern'life.



INTERN' LIFE

PAR DES INTERNES
POUR DES INTERNES

Questionnaire en ligne :
www.intern-life.com

*Pour votre participation des places de
cinéma tirés au sort le 30 octobre.*



 UNIVERSITÉ
PARIS DESCARTES



Annexe n°2 : Présentation de l'étude Intern'Life.

Chers participants,

Voici la suite de l'étude Intern'Life menée par des internes, sur les internes et pour les internes. Nous la réalisons en association avec l'Institut de Psychologie et le Département de Médecine Générale de l'Université Paris Descartes.

Objectif de l'étude

Connaître votre vécu pendant vos années d'internat.

Intérêt pour vous

Vous connaître, participer à une étude d'envergure, améliorer votre formation et votre bien-être.

Votre participation

Vous répondrez à un questionnaire sur internet lors d'une période libre de votre choix : cela prend environ **20 minutes**. Nous vous rappelons qu'il est tout à fait possible **de le faire en plusieurs fois en cliquant sur "enregistrer les réponses et reprendre plus tard"**.

Confidentialité et anonymat

Cette recherche est confidentielle et anonyme : toutes vos réponses et toutes les informations vous concernant sont uniquement destinées aux personnes directement impliquées dans cette étude, et ne seront ni montrées ni dites à quiconque. Un numéro d'étude (code qui comprendra votre date de naissance et les trois premières lettres du prénom de votre mère) vous sera attribué et la partie nominative nécessaire à la gestion de l'étude ne sera pas saisie lors de l'informatisation des données. Les résultats de cette étude pourront faire l'objet d'une publication ou d'une communication scientifique, mais votre anonymat sera bien entendu respecté. Tous les documents et les données en lien avec cette recherche seront conservés, pour une période de cinq ans après la fin de l'étude, par les responsables de l'étude dans une armoire de leur bureau fermée à clé à l'Institut de Psychologie de l'Université Paris Descartes, puis seront détruits.

Volontariat

Votre participation à cette recherche est volontaire, vous pourrez donc y mettre un terme à n'importe quel moment, et cela sans donner de raison.

Compte-rendu des résultats

Vous aurez la possibilité, si vous le souhaitez, d'obtenir les conclusions générales de cette étude, une fois celle-ci terminée et publiée.

Indépendamment de vos réponses, sachez qu'il existe une association professionnelle pour les médecins libéraux, numéro non surtaxé 7j/7 24h/24 : 08 26 00 45 80.

Annexe n°3 : Questionnaire de l'étude Intern'life au temps T1.

1 Quelles sont les 3 premières lettres du prénom de votre mère?

Veuillez écrire votre réponse ici :

2 Date d'aujourd'hui:

Veuillez entrer une date :

3 Numéro de votre département:

Veuillez écrire votre réponse ici :

4 Sexe:

Veuillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- Homme
- Femme

5 Age:

Veuillez écrire votre réponse ici :

- Ans

6 Quel est votre jour de naissance?

ex: si vous êtes né(e) un 22 juillet, indiquez "22"

7 Statut marital actuel:

Veuillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- Célibataire
- En couple et vivant ensemble
- En couple mais vivant séparément
- Divorcé(e)

8 Quelle est ou a été la profession principale de vos parents?

Veuillez écrire votre(vos) réponse(s) ici :

- Père :
- Mère :

9 A combien de personnes proches (amis proches ou membre de votre famille) parlez vous habituellement par semaine?

Veuillez écrire votre réponse ici :

-

10 En moyenne, à quelle fréquence... *

Choisissez la réponse appropriée pour chaque élément :

	Plusieurs fois par semaine	Une fois par semaine	Une à deux fois par mois	Une fois par trimestre	Jamais
...pratiquez-vous une activité sportive ?					
...allez- vous au restaurant ou dans des bars ?					
...allez-vous au cinéma / théâtre / dans des concerts ?					

11 Concernant votre travail:

Dans quel stage êtes-vous actuellement?

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- Stage ambulatoire
- Urgences
- Pédiatrie
- Gynécologie
- Médecine adulte
- Stage libre

12 Quel est votre niveau de satisfaction par rapport à ce stage sur une échelle de 1 (pas du tout satisfait) à 10 (tout à fait satisfait) ?

13 Au cours de ce semestre, quel a été... *

Veillez écrire votre(vos) réponse(s) ici :

- Le nombre d'heures travaillées par semaine (gardes incluses) :
- Le nombre de gardes effectuées par mois :
- Le nombre de WE libres par mois :
- Le nombre de semaine(s) de vacances durant ce semestre :

14 Avez-vous eu les congés que vous désiriez durant ce semestre? *

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- Oui
- Non

15 Quelles ont été les parts en pourcentage de:

La somme doit être égale à 100. Veillez écrire votre (vos) réponse(s) ici :

- Clinique
- Administrative
- Autres

16 Combien de temps avez-vous passé dans les transports chaque jour ?

Veillez écrire votre réponse ici :

- Minutes

17 Avez-vous assisté ou participé à des faits qui heurtaient votre conscience professionnelle ou personnelle ?

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- Oui
- Non

18 Avez-vous été agressé(e) physiquement / moralement ?

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- Oui
- Non

19 Avez-vous subi du harcèlement moral ?

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- Oui
- Non

20 Si oui, de la part de:

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- Equipe soignante
- Hiérarchie

- Patient

21 Avez-vous subi du harcèlement sexuel ?

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- Oui
- Non

22 Si oui, de la part de:

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- Equipe soignante
- Hiérarchie
- Patient

23 En général, durant ce semestre, classez vos priorités pendant les consultations:

Numérotez chaque case dans l'ordre de vos préférences de 1 à 4

- Satisfaire et écouter le patient
- Trouver les bons diagnostics et traitement
- Etre efficace dans un temps imparti
- Assurer votre bien-être et vous protéger

24 Concernant votre alimentation

Durant votre vie, avez-vous suivi un régime?

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- Oui
- Non

25 Si oui, combien de fois?

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- 1
- 2
- 3 ou plus

26 Durant ce semestre, avez-vous suivi un régime ?

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- Oui
- Non

27 Si oui, combien de fois ?

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- 1
- 2
- 3 ou plus

28 Pensez-vous manger équilibré ?

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- Oui
- Non

29 Combien de fois par semaine sautez-vous des repas ?

Veillez écrire votre réponse ici :

- fois par semaine

30 Grignotez-vous ?

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- Oui
- Non

31 Taille :

Veuillez écrire votre réponse ici :

- Cm

32 Poids :

Veuillez écrire votre réponse ici :

- Kg

SCOFF

33 Au cours de votre vie :

Choisissez la réponse appropriée pour chaque élément :

	Oui	Non
Vous êtes-vous déjà fait vomir parce que vous ne vous sentiez pas bien "l'estomac plein"?		
Craignez-vous d'avoir perdu le contrôle des quantités que vous mangez?		
Avez-vous récemment perdu plus de six kilogrammes en moins de trois mois?		
Pensez-vous que vous êtes trop gros(se) alors que les autres vous trouvent trop mince?		
Diriez-vous que la nourriture est quelque chose qui occupe une place dominante dans votre vie?		

FORMATION

34 Concernant votre formation:

Choisissez la réponse appropriée pour chaque élément :

	Jamais	Rarement	Parfois	Souvent	Très souvent
La formation « informelle » à l'hôpital (visites, discussions de couloir, staffs...) est prédominante par rapport à mes cours « officiels » pour ma future pratique					
J'ai rencontré des médecins qui sont des modèles positifs sur le plan bio-médical					
J'ai rencontré des médecins qui sont des modèles positifs sur le plan humain					
J'ai rencontré des médecins qui sont des contre-modèles négatifs sur le plan bio-médical					
J'ai rencontré des médecins qui sont des contre-modèles négatifs sur le plan humain					
J'ai été encouragé(e) pendant mon cursus par mes collègues					
J'ai reçu une formation spécifique sur la relation médecin-malade					

35 Concernant votre formation spécifique sur la relation médecin-malade, sous quelle forme était-ce ?

- Cours théoriques

- Jeux de rôles
- Groupes d'échanges (balint ou autre)
- Séniorisation
- Autre

36 Cet enseignement était:

- Facultatif
- Obligatoire

SWLS

37 Nous présentons ci-dessous cinq énoncés avec lesquels vous pouvez être en accord ou désaccord. Indiquez votre degré d'accord ou de désaccord avec chacun des énoncés en cochant la proposition appropriée à votre état des 3 derniers mois à la droite des énoncés. Nous vous prions d'être ouvert et honnête dans vos réponses.

Choisissez la réponse appropriée pour chaque élément :

	Fortement en désaccord	En désaccord	Légèrement en désaccord	Ni en désaccord ni en accord	Légèrement en accord	En accord	Fortement en accord
En général, ma vie correspond de près à mes idéaux.							
Mes conditions de vie sont excellentes.							
Je suis satisfait(e) de ma vie.							
Jusqu'à maintenant, j'ai obtenu les choses importantes que je voulais de la vie.							
Si je pouvais recommencer ma vie, je n'y changerais presque rien.							

JSPE

38 Lisez attentivement chaque affirmation proposée dans ce questionnaire et évaluez à quel point vous êtes en accord ou en désaccord avec ces affirmations. Pour chacune d'entre elles, cochez le chiffre qui décrit le mieux votre façon d'être depuis les 3 derniers mois selon l'échelle suivante:

1-----2-----3-----4-----5-----6-----7
Pas du tout d'accord Tout à fait d'accord *

Choisissez la réponse appropriée pour chaque élément :

	1 - Pas du tout d'accord	2	3	4	5	6	7 - Tout à fait d'accord
Ma compréhension des sentiments de mes patients et de leur famille n'influence pas mon traitement médical ou chirurgical.							
Mes patients se sentent mieux quand je comprends leurs sentiments.							
Il m'est difficile de voir les choses selon le							

	1 - Pas du tout d'accord	2	3	4	5	6	7 - Tout à fait d'accord
point de vue de mes patients.							
Dans les relations soignant – soigné, je considère le fait de comprendre le langage corporel de mes patients comme aussi important que de comprendre la communication verbale.							
J'ai un bon sens de l'humour qui, je pense, contribue à obtenir de meilleurs résultats cliniques.							
Il m'est difficile de voir les choses selon le point de vue de mes patients parce que chaque personne est différente.							
Quand j'interroge mes patients sur leurs antécédents ou leur santé physique, j'essaie de ne pas prêter attention à leurs émotions.							
Etre attentif au vécu de mes patients n'influence pas les résultats de leurs traitements.							
Quand je soigne mes patients, j'essaie de me mettre à leur place.							
Mes patients accordent de l'importance au fait que je comprenne leurs sentiments, ce qui est thérapeutique en soi.							
Les maladies des patients ne peuvent être guéries que par traitement médical ou chirurgical, ainsi, les liens émotionnels avec mes patients n'ont pas d'influence significative sur les résultats médicaux ou chirurgicaux.							
Interroger les patients sur ce qui se passe dans leur(s) vie(s) personnelle(s) n'est pas utile pour comprendre leurs plaintes liées à leur état physique.							
J'essaie de comprendre ce qui se passe dans l'esprit de mes patients en prêtant de l'attention aux signes non verbaux et au langage corporel.							
Je pense que l'émotion n'a pas sa place dans le traitement de la maladie physique.							
L'empathie est une compétence thérapeutique sans laquelle le succès du traitement est limité.							
Ma compréhension de l'état émotionnel de mes patients tout comme celui de leurs familles est une composante importante de la relation.							
J'essaie de penser comme mes patients pour leur offrir de meilleurs soins.							

	1 - Pas du tout d'accord	2	3	4	5	6	7 - Tout à fait d'accord
Je ne me laisse pas influencer lorsqu'il y a de fortes relations personnelles entre mes patients et les membres de leurs familles.							
Je n'ai pas de plaisir à lire la littérature non médicale ou à m'intéresser aux arts.							
Je crois que l'empathie est un facteur thérapeutique important dans le traitement médical ou chirurgical.							

HAD

Un certain nombre de phrases que l'on utilise pour se décrire sont données ci-dessous. Lisez chaque phrase, cochez la réponse qui correspond le mieux à ce que vous ressentez à l'instant, juste en ce moment. Il n'y a pas de bonnes ni de mauvaises réponses. Ne passez pas trop de temps sur l'une ou l'autre de ces propositions, et indiquez la réponse qui décrit le mieux vos sentiments actuels.

39 Je me sens tendu(e) ou énervé(e).

Veuillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- La plupart du temps
- Souvent
- De temps en temps
- Jamais

40 Je prends du plaisir aux mêmes choses qu'autrefois.

Veuillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- Oui, tout autant qu'avant
- Pas autant
- Un peu seulement
- Presque plus

41 J'ai une sensation de peur comme si quelque chose de redoutable allait m'arriver.

Veuillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- Oui, très nettement
- Oui, mais ce n'est pas trop grave
- Un peu mais cela ne m'inquiète pas
- Pas du tout

42 Je ris et vois le bon côté des choses.

Veuillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- Autant que par le passé
- Plus rarement qu'avant
- Vraiment moins qu'avant
- Plus du tout

43 Je me fais du souci.

Veuillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- Très souvent
- Assez souvent
- Occasionnellement
- Très occasionnellement

44 Je suis de bonne humeur.

Veuillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- Jamais
- Rarement
- Assez souvent
- La plupart du temps

45 Je peux rester tranquillement assis(e) à ne rien faire et me sentir décontracté(e).

Veuillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- Oui, quoi qu'il arrive
- Oui, en général
- Rarement
- Jamais

46 J'ai l'impression de fonctionner au ralenti.

Veuillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- Presque toujours
- Très souvent
- Parfois
- Jamais

47 J'éprouve des sensations de peur et j'ai l'estomac noué.

Veuillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- Jamais
- Parfois
- Assez souvent
- Très souvent

48 Je ne m'intéresse plus à mon apparence.

Veuillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- Plus du tout
- Je n'y accorde pas autant d'importance que je le devrais
- Il se peut que je n'y fasse plus autant attention
- J'y prête autant d'attention que par le passé

49 J'ai la bougeotte et n'arrive pas à tenir en place.

Veuillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- Oui, c'est tout à fait vrai
- Un peu
- Pas tellement
- Pas du tout

50 Je me réjouis d'avance à l'idée de faire certaines choses.

Veuillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- Autant qu'avant
- Un peu moins qu'avant
- Bien moins qu'avant
- Presque jamais

51 J'éprouve des sensations soudaines de panique.

Veuillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- Vraiment très souvent
- Assez souvent
- Pas très souvent

- Jamais

52 Je peux prendre plaisir à lire un bon livre ou à regarder une bonne émission de télévision.

Veuillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- Souvent
- Parfois
- Rarement
- Jamais

QCAE

53 Les personnes éprouvent des sentiments différents selon les situations. Dans ce qui suit, plusieurs traits de caractère vous seront présentés qui pourront plus ou moins vous correspondre. Lisez chacune de ces caractéristiques et indiquez à quel point vous êtes en accord ou en désaccord avec la proposition en cochant la case correspondante. (Répondez rapidement et avec sincérité)

Choisissez la réponse appropriée pour chaque élément :

	Parfaitement d'accord	Assez d'accord	Pas vraiment d'accord	Pas du tout d'accord
Parfois, je trouve difficile de voir les choses du point de vue d'une autre personne.				
D'habitude je garde mon objectivité quand je regarde un film ou quand je joue, et je ne me laisse pas entraîner complètement dedans.				
En cas de désaccord, j'essaie d'adopter le point de vue de chacun avant de prendre une décision.				
Parfois, j'essaie de mieux comprendre mes amis en imaginant les choses de leur point de vue.				
Quand je suis peiné(e) par quelqu'un, habituellement, j'essaie un moment de me mettre à sa place.				
Avant de critiquer quelqu'un, j'essaie d'imaginer ce que je ressentirais si j'étais à sa place.				
Je suis souvent impliqué(e) émotionnellement avec les problèmes de mes amis.				
J'ai tendance à devenir nerveux(se) quand les autres autour de moi me semblent être nerveux.				
Les gens avec lesquels je suis ont une forte influence sur mon humeur.				
Cela m'affecte beaucoup quand un de mes amis paraît contrarié				
Je deviens profondément impliqué(e) par les sentiments d'un personnage de film, de théâtre ou de roman.				
Je suis très contrarié(e) quand je vois quelqu'un pleurer.				
Je suis heureux(se) quand je suis avec un				

	Parfaitement d'accord	Assez d'accord	Pas vraiment d'accord	Pas du tout d'accord
groupe enjoué et triste quand les autres sont moroses.				
Cela me soucie quand d'autres sont soucieux ou paniqués.				
Je peux facilement dire si quelqu'un veut engager la conversation.				
Je me rends compte rapidement si quelqu'un dit une chose mais veut en dire une autre.				
Il m'est difficile de voir pourquoi certaines choses préoccupent autant les gens.				
Je trouve qu'il m'est facile de me mettre à la place d'une autre personne.				
Je sais bien prédire comment va se sentir une autre personne.				
Je me rends rapidement compte quand quelqu'un dans un groupe se sent mal à l'aise ou gêné.				
Les autres me disent que je sais bien comprendre ce qu'ils ressentent ou ce qu'ils pensent.				
Je peux facilement dire si quelqu'un d'autre est intéressé ou ennuyé par ce que je raconte.				
Les amis me parlent de leurs problèmes car ils disent que je suis très compréhensif(ve).				
Je me rends compte quand je dérange même si l'autre personne ne me le dit pas.				
J'arrive facilement à savoir de quoi une autre personne voudrait parler.				
Je peux dire si quelqu'un masque ses vraies émotions.				
Je sais bien prédire ce qu'une autre personne va faire.				
Je sais généralement bien évaluer le point de vue d'une autre personne, même si je ne suis pas d'accord avec.				
Je suis habituellement détaché(e) émotionnellement quand je regarde un film.				
J'essaie toujours de prendre en considération les sentiments des autres avant de faire quelque chose.				
Avant de faire quelque chose j'essaie de tenir compte de la façon dont mes amis vont réagir.				

WCC

54 Indiquez pour chacune des réactions suivantes, si oui ou non vous l'avez utilisée ces trois derniers mois pour faire face au stress lié à l'internat. Pour cela, il vous suffit de cocher la case adéquate dans les colonnes de droite.

Choisissez la réponse appropriée pour chaque élément :

	Non	Plutôt non	Plutôt oui	Oui
J'ai établi un plan d'action et je l'ai suivi.				
J'ai souhaité que la situation disparaisse ou finisse.				
J'ai parlé à quelqu'un de ce que je ressentais.				
Je me suis battu(e) pour ce que je voulais.				
J'ai souhaité pouvoir changer ce qui est arrivé.				
J'ai sollicité l'aide d'un professionnel et j'ai fait ce qu'on m'a conseillé.				
J'ai changé positivement.				
Je me suis senti(e) mal de ne pouvoir éviter le problème.				
J'ai demandé des conseils à une personne digne de respect et je les ai suivis.				
J'ai pris les choses une par une.				
J'ai espéré qu'un miracle se produirait.				
J'ai discuté avec quelqu'un pour en savoir plus au sujet de la situation.				
Je me suis concentré(e) sur un aspect positif qui pourrait apparaître après.				
Je me suis culpabilisé(e).				
J'ai contenu (gardé pour moi) mes émotions.				
Je suis sorti(e) plus fort(e) de la situation.				
J'ai pensé à des choses irréelles ou fantastiques pour me sentir mieux.				
J'ai parlé à quelqu'un qui pouvait agir concrètement au sujet du problème.				
J'ai changé des choses pour que tout puisse bien finir.				
J'ai essayé de tout oublier.				
J'ai essayé de ne pas m'isoler.				
J'ai essayé de ne pas agir de manière précipitée ou de suivre la première idée.				
J'ai souhaité pouvoir changer d'attitude.				
J'ai accepté la sympathie et la compréhension de quelqu'un.				
J'ai trouvé une ou deux solutions au problème.				
Je me suis critiqué(e) ou sermonné(e).				
Je savais ce qu'il fallait faire, aussi j'ai redoublé d'efforts et j'ai fait tout mon possible pour y arriver.				

55 Utilisez-vous d'autres stratégies, non recensées dans ce questionnaire, pour faire face aux situations stressantes en rapport avec l'internat ?

Choisissez la réponse appropriée pour chaque élément :

Oui

Non

56 Si oui, lesquelles?

Veuillez écrire votre réponse ici :

MBI

57 Indiquez la fréquence à laquelle vous ressentez depuis les 3 derniers mois ce qui est décrit à chaque item.

Choisissez la réponse appropriée pour chaque élément :

	Jamais	Quelques fois par année, au moins	Une fois par mois, au moins	Quelques fois par mois	Une fois par semaine	Quelques fois par semaine	Chaque jour
Je me sens émotionnellement vidé(e) par mon travail.							
Je me sens à bout à la fin de ma journée de travail.							
Je me sens fatigué(e) lorsque je me lève le matin et que j'ai à affronter une autre journée de travail.							
Je peux comprendre facilement ce que mes patients ressentent.							
Je sens que je m'occupe de certains patients de façon impersonnelle comme s'ils étaient des objets.							
Travailler avec des gens tout au long de la journée me demande beaucoup d'effort.							
Je m'occupe très efficacement des problèmes de mes patients.							
Je sens que je craque à cause de mon travail.							
J'ai l'impression, à travers mon travail, d'avoir une influence positive sur les gens.							
Je suis devenu(e) plus insensible aux gens depuis que j'ai ce travail.							

58 Choisissez la réponse appropriée pour chaque élément :

	Jamais	Quelques fois par année, au moins	Une fois par mois, au moins	Quelques fois par mois	Une fois par semaine	Quelques fois par semaine	Chaque jour
Je crains que ce travail ne m'endurcisse émotionnellement.							
Je me sens plein(e) d'énergie.							
Je me sens frustré(e).							
Je sens que je travaille « trop dur » dans mon travail.							
Je ne me soucie pas vraiment de ce qui arrive à certains de mes patients.							
Travailler en contact direct avec les gens me stresse trop.							
J'arrive facilement à créer une atmosphère détendue avec mes patients.							
Je me sens ragaillardi(e) lorsque dans mon travail j'ai été proche de mes patients.							
J'ai accompli beaucoup de choses qui en valent la peine dans ce travail.							
Je me sens au bout du rouleau.							
Dans mon travail, je traite les problèmes émotionnels très calmement.							
J'ai l'impression que mes patients me rendent responsable de certains de leurs problèmes.							

IMG

59 Voici une série d'éléments qui ont pu vous stresser depuis les 3 derniers mois. Veuillez répondre, sur une échelle de 1 à 5, si ils vous ont stressé pas du tout (1) ou beaucoup (5).

Choisissez la réponse appropriée pour chaque élément :

	Non vécu	Pas du tout stressant	Peu stressant	Moyen	Plutôt stressant	Très stressant
Le fait de se sentir fatigué(e)						
La période du choix des stages						
La gestion des familles de patients						
Le rythme de travail (les horaires, l'enchaînement des journées sans repos, les gardes)						

	Non vécu	Pas du tout stressant	Peu stressant	Moyen	Plutôt stressant	Très stressant
L'arrivée dans un nouveau stage						
Le fait d'être responsable de vies humaines						
La charge de travail (le temps passé à l'hôpital)						
La relation avec le chef						
La peur de faire une erreur ou de passer à côté de quelque chose						
Le manque de temps passé en famille, avec les proches...						
La relation avec l'équipe soignante						
Le manque de connaissances théoriques						
Le manque de temps pour gérer le quotidien						
La gestion d'une équipe soignante en situation d'urgence						
Le manque d'expérience						
Le manque de temps pour les loisirs ou le sport						
L'indisponibilité du chef						
La gestion d'un patient en situation d'urgence						
Le manque de sommeil (ou sommeil de mauvaise qualité)						
Les situations de fin de vie						
La sensation d'être dépassé(e) par les événements						

GOODMAN

Indiquez pour chacune de ces affirmations si elles correspondent à une(des) consommation(s) et/ou à un/des comportement(s) dans lesquels vous vous reconnaissez.

60 1. Lorsque j'ai envie de consommer du(des) ..., il m'est impossible de résister.

Veuillez choisir toutes les réponses qui conviennent :

- Alcool
- Tabac
- Cannabis
- Psychotropes

61 2. J'éprouve une sensation de tension interne croissante juste avant de consommer du(des) ...

Veuillez choisir toutes les réponses qui conviennent :

- Alcool
- Tabac
- Cannabis
- Psychotropes

62 3. J'éprouve du plaisir ou du soulagement pendant que je consomme du(des) ...

Veuillez choisir toutes les réponses qui conviennent :

- Alcool
- Tabac
- Cannabis
- Psychotropes

63 4. J'ai parfois une sensation de « perte de contrôle » pendant que je consomme du(des) ...

Veuillez choisir toutes les réponses qui conviennent :

- Alcool
- Tabac
- Cannabis
- Psychotropes

64 5. Je pense fréquemment au fait de consommer du(des) ...

Veuillez choisir toutes les réponses qui conviennent :

- Alcool
- Tabac
- Cannabis
- Psychotropes

65 6. Les moments que je consacre au(x) ... et les effets que je ressens avec le/les ... sont plus intenses, plus fréquents et plus longs que je n'aurais pu l'imaginer.

Veuillez choisir toutes les réponses qui conviennent :

- Alcool
- Tabac
- Cannabis
- Psychotropes

66 7. J'ai déjà essayé plusieurs fois de réduire, éviter ou abandonner le/les

Veuillez choisir toutes les réponses qui conviennent :

- Alcool
- Tabac
- Cannabis
- Psychotropes

67 8. Je consacre beaucoup de temps à consommer du(des)... et/ou j'ai parfois besoin de temps pour m'en remettre.

Veuillez choisir toutes les réponses qui conviennent :

- Alcool
- Tabac
- Cannabis
- Psychotropes

68 9. J'ai l'impression que je consomme davantage du(des) ... lorsque je dois faire face à des contraintes ou des obligations.

Veuillez choisir toutes les réponses qui conviennent :

- Alcool
- Tabac
- Cannabis
- Psychotropes

69 10. Le fait de consommer du(des)... m'a déjà empêché de remplir mes activités sociales, familiales, professionnelles ou, en tout cas, m'a conduit à les restreindre.

Veuillez choisir toutes les réponses qui conviennent :

- Alcool
- Tabac
- Cannabis
- Psychotropes

70 11. Je continue à consommer du(des) ... bien que je sache que cela cause ou aggrave des problèmes dans ma vie.

Veuillez choisir toutes les réponses qui conviennent :

- Alcool
- Tabac
- Cannabis
- Psychotropes

71 12. J'ai besoin d'augmenter l'intensité ou la fréquence de ma/mes consommation(s) de ... pour obtenir les mêmes effets.

Veuillez choisir toutes les réponses qui conviennent :

- Alcool
- Tabac
- Cannabis
- Psychotropes

72 13. Je me sens tendu(e), agité(e), irritable ou angoissé(e) si je ne peux pas consommer du(des)

Veuillez choisir toutes les réponses qui conviennent :

- Alcool
- Tabac
- Cannabis
- Psychotropes

73 14. Certains de ces éléments ressentis ont duré plus d'un mois ou se sont répétés pendant une période plus longue.

Veuillez choisir toutes les réponses qui conviennent :

- Alcool
- Tabac
- Cannabis
- Psychotropes

GOODMAN2

Indiquez pour chacune de ces affirmations si elles correspondent à une(des) consommation(s) et/ou à un/des comportement(s) dans lesquels vous vous reconnaissez.

74 1. Lorsque j'ai envie de ... , il m'est impossible de résister.

Veuillez choisir toutes les réponses qui conviennent :

- Manger
- Faire du sport
- Aller sur facebook

75 2. J'éprouve une sensation de tension interne croissante juste avant de

Veuillez choisir toutes les réponses qui conviennent :

- Manger
- Faire du sport
- Aller sur facebook

76 3. J'éprouve du plaisir ou du soulagement pendant que je

Veuillez choisir toutes les réponses qui conviennent :

- Manger
- Faire du sport
- Aller sur facebook

77 4. J'ai parfois une sensation de « perte de contrôle » pendant que je... .

Veuillez choisir toutes les réponses qui conviennent :

- Manger
- Faire du sport
- Aller sur facebook

78 5. Je pense fréquemment au fait de

Veuillez choisir toutes les réponses qui conviennent :

- Manger
- Faire du sport
- Aller sur facebook

79 6. Les moments que je consacre à ... et les effets que je ressens en... sont plus intenses, plus fréquents et plus longs que je n'aurais pu l'imaginer.

Veuillez choisir toutes les réponses qui conviennent :

- Manger
- Faire du sport
- Aller sur facebook

80 7. J'ai déjà essayé plusieurs fois de réduire, éviter ou abandonner de

Veuillez choisir toutes les réponses qui conviennent :

- Manger
- Faire du sport
- Aller sur facebook

81 8. Je consacre beaucoup de temps à ... (préparation, réalisation) et/ou j'ai parfois besoin de temps pour m'en remettre.

Veuillez choisir toutes les réponses qui conviennent :

- Manger
- Faire du sport
- Aller sur facebook

82 9. J'ai l'impression que je ... davantage lorsque je dois faire face à des contraintes ou des obligations.

Veuillez choisir toutes les réponses qui conviennent :

- Manger
- Faire du sport
- Aller sur facebook

83 10. Le fait de ... m'a déjà empêché de remplir mes activités sociales, familiales, professionnelles ou, en tout cas, m'a conduit à les restreindre.

Veuillez choisir toutes les réponses qui conviennent :

- Manger
- Faire du sport
- Aller sur facebook

84 11. Je continue à... bien que je sache que cela cause ou aggrave des problèmes dans ma vie.

Veuillez choisir toutes les réponses qui conviennent :

- Manger
- Faire du sport
- Aller sur facebook

85 12. J'ai besoin d'augmenter l'intensité ou la fréquence de ... pour obtenir les mêmes effets.

Veuillez choisir toutes les réponses qui conviennent :

- Manger
- Faire du sport
- Aller sur facebook

86 13. Je me sens tendu(e), agité(e), irritable ou angoissé(e) si je ne peux pas

Veuillez choisir toutes les réponses qui conviennent :

- Manger
- Faire du sport
- Aller sur facebook

87 14. Certains de ces éléments ressentis ont duré plus d'un mois ou se sont répétés pendant une période plus longue.

Veuillez choisir toutes les réponses qui conviennent :

- Manger
- Faire du sport
- Aller sur facebook

Annexe n°4 : Typologie de Holland : tableau synoptique des intérêts, aptitudes, qualités et choix professionnels selon les différents types.

Tableau synoptique des intérêts, aptitudes, qualités et choix professionnels selon les différents types

Typologie de Holland	Correspondances Tests et appellations dérivées	Aptitudes Compétences	Qualités personnelles	Intérêts	Ex. de domaines de formations
Réaliste	<ul style="list-style-type: none"> • Pratique (Kledou) • Techniques, Pratiques, Plein-air (Imadu) • Concret-pratique et Concret-technique (Parade) • Familles Activité manuelle, Technique, Sport-activité physique et Nature (Inforizon) • Technique-pratique et Plein air-Nature-Sport (GPO) 	<ul style="list-style-type: none"> • Coordination visuo-motrice • Conception • Dextérité manuelle • Endurance physique • Minutie, précision • Sens pratique 	<ul style="list-style-type: none"> • Constant • Débrouillard • Franc • Pragmatique • Simple • Volontaire 	<ul style="list-style-type: none"> • Activités manuelles • Activités de plein air • Construction • Dépense physique • Réparation • Technologies • Utilisation d'outils 	<ul style="list-style-type: none"> • Artisanat • Bâtiment • Hôtellerie-restauration • Informatique • Ingénierie • Mécanique, Organiser, etc.
Investigateur	<ul style="list-style-type: none"> • Scientifique, Technique (Imadu) • Intellectuel-sciences (Parade) • Familles Sciences et Technique (Inforizon) • Scientifique et Technique-conception (GPO) 	<ul style="list-style-type: none"> • Abstraction • Discernement • Logique • Rigueur intellectuelle • Sens de l'observation 	<ul style="list-style-type: none"> • Curieux • Inventif • Méthodique • Persévérant • Prudent • Réfléchi 	<ul style="list-style-type: none"> • Activités de raisonnement • Résolution de problèmes • Sciences expérim. • Sciences humaines • Nouvelles technologies 	<ul style="list-style-type: none"> • Archéologie • Biologie, chimie, physique, mathématiques, statistiques • Ingénierie • Recherche, enseignement • Médecine • Philosophie, psychologie, sociologie, etc.
Artistique	<ul style="list-style-type: none"> • Créatif (Kledou) • Arts (Imadu) • Arts-plastique, Arts-spectacle et Intellectuel-lettres (Parade) • Famille Arts (Inforizon) • Artistique, Littéraire et Voyage-aventure (GPO) 	<ul style="list-style-type: none"> • Imagination • Créativité • Sens esthétique • Dextérité manuelle 	<ul style="list-style-type: none"> • Expressif • Intuitif • Indépendant • Original • Spontané • Sensible 	<ul style="list-style-type: none"> • Aventure, voyages • Cinéma, théâtre • Danse, musique • Peinture, sculpture • Littérature • Toutes les formes d'expression libre 	<ul style="list-style-type: none"> • Arts et beaux-arts • Architecture • Décoration intérieur • Design produits • Infographie • Photographie • Styliste de mode, etc.
Social	<ul style="list-style-type: none"> • Altruiste • Contacts (Imadu) • Social-soin et Social-aide-contact (Parade) • Familles Aide aux personnes et Com.-formation (Inforizon) • Relationnel-aide et Relation-communication (GPO) 	<ul style="list-style-type: none"> • Sens du contact • Sens de l'observation • Facilités d'expression 	<ul style="list-style-type: none"> • Attentif • Bienveillant • Dévoué • Généreux • Patient • Sociable 	<ul style="list-style-type: none"> • Aider les autres • Relations humaines • Conseiller • Eduquer • Transmettre • Soigner 	<ul style="list-style-type: none"> • Conseil • Education • Enseignement • Orientation • Psychologie • Paramédical • Travail social, etc.
Entreprenant	<ul style="list-style-type: none"> • Entrepreneurial • Contacts (Imadu) • Commandement, Commerce (Parade) • Familles Commerce, Com.-formation, Droit-sécurité, Gestion-admin. (Inforizon) • Administration-encadrement, Relationnel-commerce et Relationnel-communication (GPO) 	<ul style="list-style-type: none"> • Audace • Capacité à la décision • Leadership • Réactivité • Sens de la communication 	<ul style="list-style-type: none"> • Ambitieux • Déterminé • Dynamique • Optimiste • Persuasif • Sociable 	<ul style="list-style-type: none"> • Débattre • Diriger • Convaincre • Influencer • Négocier, vendre 	<ul style="list-style-type: none"> • Administration, gestion, management • Commerce, achats marketing, publicité • Communication, relations publiques, journalisme • Droit, assurance, immobilier • Politique, etc.
Conventionnel	<ul style="list-style-type: none"> • Méthodique (Kledou) • Bureau (Imadu) • Bureau-admin. et Bureau-gestion (Parade) • Familles Gestion-admin. et Droit-sécurité (Inforizon) • Administration-exécution (GPO) 	<ul style="list-style-type: none"> • Méthode • Ordre, organisation • Précision • Soin 	<ul style="list-style-type: none"> • Discipliné, loyal • Discret • Organisé • Ponctuel • Prudent • Perfectionniste 	<ul style="list-style-type: none"> • Calculer • Classer • Organiser • Se servir de l'outil informatique 	<ul style="list-style-type: none"> • Administration-bureautique • Archivage, documentation • Expertise, comptabilité • Finance • Gestion • Secrétariat, etc.

Annexe n°5 : Analyse bivariable

Analyse bivariable des variables vis-à-vis de l'empathie globale et de chaque dimension.

	<i>p-value Empathie globale</i>	<i>p-value empathie PP</i>	<i>p-value Empathie CE</i>	<i>p-value Empathie SMP</i>
Sociodémographiques				
Sexe	0,916	0,034*	0,020*	0,607
Age	0,333	0,318	0,254	0,317
En couple	0,467	0,828	0,142	0,583
Profession du père de type social	0,601	0,639	0,522	0,679
Profession de la mère de type social	0,317	0,324	0,567	0,602
Pratique professionnelle				
Type de stage	0,803	0,595	0,953	0,885
Heures de travail/semaine	0,327	0,657	0,707	0,012*
Gardes/mois	0,248	0,403	0,462	0,185
Semaine(s) de vacances/semestre	0,573	0,360	0,838	0,598
Obtention des congés désirés	0,541	0,955	0,210	0,908
Loisirs				
Sport régulier	0,074*	0,487	0,035*	0,109
Sorties régulières	0,752	0,965	0,376	0,508
Restaurants/bars réguliers	0,419	0,149	0,890	0,429
Formation				
Formation médecin malade	0,006*	0,003*	0,518	0,006*
Cours théoriques	0,188	0,184	0,835	0,064*
Cours pratiques	< 0,001*	0,001*	0,011*	0,120
Formation informelle prédominante	0,010*	0,001*	0,239	0,999
Modèles positifs (biomédical)	0,058*	0,012*	0,893	0,215
Modèles positifs (humain)	0,053*	0,049*	0,241	0,520
Contre modèles négatifs (biomédical)	0,904	0,771	0,449	0,773
Contre modèles négatifs (humain)	0,165	0,185	0,208	0,802
Soutien professionnel	0,134	0,184	0,422	0,189
Bien-être et détresse émotionnelle				
Satisfaction de vie (swls)	0,003*	0,001*	0,215	0,095*
Anxiété (HAD)	0,466	0,897	0,731	0,021*
Dépression (HAD)	0,201	0,548	0,178	0,221
Epuisement émotionnel (MBI)	0,701	0,180	0,038*	0,241
Dépersonnalisation (MBI)	0,003*	0,938	< 0,001*	< 0,001*
Accomplissement personnel (MBI)	< 0,001*	< 0,001*	0,004*	0,007*

**En surgras, les résultats avec une p-value < 0,1*

Facteurs prédictifs d'empathie chez les internes de médecine générale

RÉSUMÉ

Objectif: L'empathie est une compétence nécessaire à tout médecin généraliste. Promouvoir l'empathie chez les internes en médecine générale est donc primordial. Notre objectif est de déterminer les facteurs prédictifs d'empathie dans cette population.

Méthode: Il s'agit d'une étude transversale réalisée en avril 2013. Les internes de médecine générale, d'Ile de France, en fin de premier semestre d'internat ont été invités à répondre à un auto-questionnaire en ligne. Les données sociodémographiques, les loisirs, les facteurs professionnels, la formation et les facteurs liés au bien-être ou à la détresse émotionnelle (satisfaction de vie, anxiété, dépression, épuisement professionnel) ont été analysés. L'empathie a été mesurée par la Jefferson Scale of Physician Empathy.

Résultats: Parmi 215 internes ayant répondu, 175 questionnaires sont remplis pour l'empathie. Le score moyen d'empathie globale est de 104,3 (ET=11,8). L'empathie globale est significativement associée à une pratique sportive régulière ($p=0.01$), à la formation « informelle » ($p=0.03$), à la dépersonnalisation et l'accomplissement personnel composantes du burn out ($p<0,01$). La dimension Prise de Perspective de l'empathie est significativement associée à la formation « informelle » ($p<0,01$). Les trois dimensions de l'empathie sont associées à une ou plusieurs composantes du burn out ($p<0,02$).

Conclusion: Poursuivre les efforts dans la formation des internes, veiller à leur bien-être et surtout à réduire leur état d'épuisement professionnel pourraient favoriser le développement de l'empathie au cours du cursus médical.

Mots clés: empathie, internes, médecine générale, facteurs prédictifs

Predictive factors of empathy in the population of residents in general practice

ABSTRACT

Objective: Empathy is a necessary skill to every physician. Thus, promoting empathy among residents in general practice is primordial. Our objective is to determine predictive factors of empathy in this population.

Method: This is a cross-sectional study realized in April 2013. Residents in general practice from Parisian universities about to finish their first semester of residence were invited to answer a self-reported online questionnaire. Sociodemographic data, hobbies, professional factors, training and factors related to well-being or emotional distress (life satisfaction, anxiety, depression, burnout) were analyzed. Empathy was measured with Jefferson Scale of Physician Empathy.

Results: Among the 215 residents who answered, 175 questionnaires are filled with empathy. The mean score of global empathy is 104.3 (sd =11.8). Global empathy is significantly associated to regular sport practice ($p=0.01$), "informal" training ($p=0.03$), depersonalization and personal accomplishment components of burnout ($p<0.01$).

Perspective taking is significantly associated to "informal" training ($p<0.01$). The three dimensions of empathy are associated to one or several components of burnout ($p<0.02$).

Conclusion: Carrying on efforts in residents training, ensuring their well-being and especially reducing their burnout could favor the development of empathy throughout the medical cursus.

Keywords: empathy, residents, general practice, predictive factors